

27,302.

Ulcus ventriculi rotundum.

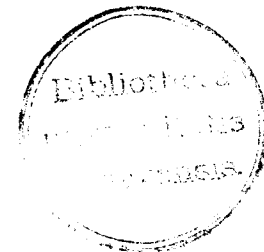
*Dans une science de fait les notions
generales sont presque toujours des
guides infidèles. Si l'on ne sème d'exem-
ples le long chemin des preceptes, on il
ennuit ou il égare.*

Percy.

*Longum iter per praecepta, breve
per exempla.*

Алексѣя Крупецкаго

Ассистента Факультетской Терапевтической Клиники Императорскаго
Юрьевского Университета.



Юрьевъ.

Типографія К. Матисена.

1897.

Къ ученію

объ

Ulcus ventriculi rotundum.

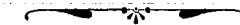
*Dans une science de fait les notions
generales sont presque tousjours des
guides infidèles. Si l'on ne sème d'exem-
ples le long chemin des preceptes, ou il
ennuit ou il égare.*

Percy.

*Longum iter per praecepta, breve
per exempla.*

Алексѣя Крупецкаго

Ассистента Факультетской Терапевтической Клиники Императорскаго
Юрьевскаго Университета.



Юрьевъ.

Типографія К. Матисена.

1897.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго Юрьевского Университета.

Юрьевъ, 15 Марта 1897 г.

(№ 243.)

Деканъ: А. Игнатовскій.

29 140 055

Оглавление.

	стр.
Глава I.	7
Вступленіе. Краткія историческія замѣчанія. Различныя названія язвы. Органы подвергающіеся заболѣванію. Сообщение Oskar'a Beutner'a о круглой язвѣ вагины. Локализациа язвы въ желудкѣ. Примѣчаніе. Число язвъ, форма и размѣры ихъ. Заживленіе. Прободеііе стѣнки желудка. Нѣкоторыя данныя микроскопическаго изслѣдованія язвъ.	
Глава II.	25
Двадцать пять случаевъ круглой язвы желудка изъ Юрьевской Университетской терапевтической клиники.	
Глава III.	91
Неодинаковая частота заболѣванія круглой язвой желудка въ различныхъ мѣстностяхъ. Свѣдѣнія Sohlerп'a и другихъ о заболѣваемости круглой язвой въ Петербургѣ, Москвѣ и Юрьевѣ Лифляндскомъ. Мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о причинахъ неодинаковой частоты язвы въ различныхъ мѣстностяхъ. Этиологія круглой язвы желудка.	
Глава IV.	132
Скрытая язва желудка. Симптомы язвы. Боль, ея причина и продолжительность, перемежки боли; значеніе признака для діагноза, отличіе отъ болей при другихъ заболѣваніяхъ. Рвота, значеніе признака. Крoваяя рвота, количество и цвѣтъ крови, отличіе отъ кровавой рвоты при другихъ заболѣваніяхъ. Крoвавыя испражненія; запоръ; другіе субъективные признаки язвы. Состояніе питанія больныхъ. Напряженіе прямыхъ мышцъ живота; локализациа боли; значеніе этихъ признаковъ. Цвѣтъ языка. Содержаніе соляной кислоты въ желудкѣ; опредѣленіе кислотъ въ желудочномъ сокѣ. Всасывательная и двигательная способности желудка. Состояніе крови при язвѣ; отличіе отъ рака. Распознаваніе болѣзни; отличіе отъ другихъ болѣзней.	
Глава V.	179
Теченіе круглой язвы желудка. Клиническія формы. Леченіе, діета, питательныя клизмы, медикаменты. Краткій историческій обзоръ терапіи язвы.	
Глава VI.	214
Исходы язвы; предсказаніе. Оперативная помощь при круглой язвѣ желудка. Показанія къ хирургическому вмѣшательству; возможность расширенія показаній. Заключеніе.	
Литература	249
Опечатки	255

Глава I.

Вступленіе. Краткія историческія замѣчанія. Различныя названія язвы. Органы подвергающіеся заболѣванію. Сообщеніе Oskar'a Beutner'a о круглой язвѣ вагины. Локализація язвы въ желудкѣ. Примѣчаніе. Число язвъ, форма и размѣры ихъ. Заживленіе. Прободеніе стѣнки желудка. Нѣкоторыя данныя микроскопическаго изслѣдованія язвъ.

Развитіе современной терапіи быстрыми шагами подвигается впередъ, придумываются новыя средства, открываются совершенно новыя методы леченія, дающіе возможность успѣшно бороться съ различными недугами человѣческаго организма; надежда примѣненія специфическихъ агентовъ въ терапіи инфекціонныхъ заболѣваній, повидимому, близка къ осуществленію; далѣе, возстановленію измѣненныхъ функций различныхъ органовъ положено начало въ примѣненіи органотерапіи, которая является какъ бы помощникомъ органу, функція коего нарушена, благодаря болѣзненному процессу, вызвавшему структурныя въ немъ измѣненія. Но все-таки остается цѣлый рядъ болѣзней, гдѣ терапія безсильна или благодаря тому, что еще неизвѣстенъ специфическій агентъ, способный убить микроба (ракъ) и парализовать дѣйствіе вредныхъ соковъ, развившихся въ органахъ, вслѣдствіе присутствія въ нихъ инфекціоннаго начала или, — анатомическія измѣненія въ заболѣвшемъ органѣ и сосѣднихъ съ нимъ частяхъ столь значительны, что примѣненіе терапев-

тическихъ методовъ остается безрезультатно въ смыслѣ возстановленія нарушенныхъ болѣзнью частей органа и устраненія нарушения правильной его функціи. Въ такихъ случаяхъ, несомнѣнно, огромную пользу можетъ принести ножъ хирурга; удаляя болѣзненный фокусъ, который своимъ присутствіемъ поддерживалъ разстройство отправленій органа, онъ исцѣляетъ болѣзнь и, такимъ образомъ, устраняетъ ненормальность функцій, ею вызванныхъ. Не менѣе, чѣмъ терапия, и хирургія нашего времени достигаетъ блестящихъ результатовъ, будучи основана, кромѣ точнаго знанія анатомическихъ отношеній, еще на правилахъ асептики и антисептики. Проникновеніе въ грудную и брюшную полости, казавшееся лѣтъ 20 назадъ крайне рискованнымъ, въ настоящее время дѣлается явленіемъ обыкновеннымъ, чему доказательствомъ служатъ тысячи лапаротомій, произведенныхъ съ блестящимъ успѣхомъ въ разныхъ концахъ міра. Введеніе въ практику асептики дало толчекъ развитію, главнымъ образомъ, брюшной хирургіи. Асептическое производство операций сдѣлало хирургическое вмѣшательство успѣшнымъ при болѣзняхъ почекъ, желчнаго пузыря, кишекъ, желудка и пр. Результаты операций подобнаго рода настолько хороши, что естественнымъ образомъ побуждаютъ хирурговъ все болѣе и болѣе расширять область ихъ примѣненія; въ этомъ отношеніи терапевты должны идти на встрѣчу хирургамъ; тѣмъ болѣе, что не всегда, какъ уже сказано, терапевтъ въ состояніи примѣненіемъ своихъ методовъ леченія измѣнить тѣ анатомическія ненормальности, которыя составляютъ сущность заболѣванія или являются его послѣдствіями. Къ числу заболѣваній, стоящихъ, такъ сказать, на границѣ терапии и хирургіи, гдѣ желательнo болѣе частое вмѣшательство хирурга, нужно отнести и круглую язву желудка. Въ настоящее время показанія къ хи-

рургическому леченію язвы не многочисленны, а между тѣмъ, иногда, въ теченіи болѣзни мы видимъ, что ни правильно установленная діета, ни соотвѣтственное леченіе не приносятъ облегченія больному, благодаря тому, что измѣненія (разрушенія), произведенныя болѣзнью, очень велики; въ такихъ-то случаяхъ и желательно болѣе частое примѣненіе хирургическихъ способовъ леченія, чѣмъ это дѣлается теперь. Но такое расширеніе примѣненія хирургическаго леченія язвы желудка будетъ имѣть мѣсто только тогда, когда, какъ думаетъ Микуличъ¹⁾, терапевты придутъ на помощь хирургамъ и, взявши на себя не легкій трудъ, составятъ ясную картину того, чего можно ожидать въ разныхъ стадіяхъ язвы отъ хирургическаго вмѣшательства.

Въ виду вышеизложеннаго, мнѣ было предложено Профессоромъ Степаномъ Михайловичемъ Васильевымъ воспользоваться матеріаломъ, имѣющимся въ его клиникѣ, и на основаніи его выяснить и установить тѣ признаки, когда въ теченіи язвы желудка желательно вмѣшательство хирурга и, такимъ образомъ, посильно содѣйствовать выясненію чрезвычайно важнаго и интереснаго вопроса о расширеніи показаній къ примѣненію оперативнаго леченія круглой язвы желудка.

Распознаваніе язвы желудка, какъ и всякой другой болѣзни, основывается по преимуществу на той суммѣ признаковъ, которые добываются при первоначальномъ изслѣдованіи больного и дальнѣйшемъ наблюденіи теченія болѣзни. Разсматривая, имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи, исторіи болѣзней, я пришелъ къ тому заключенію, что болѣею частію точный діагнозъ язвы основывается не на однихъ только клиническихъ симптомахъ болѣзни, но также и на данныхъ

1) Южно-русская медицинская газета № 39, 40, 1896 г.

анамнеза и этиологии, поэтому въ своей работѣ мнѣ пришлось коснуться и этого вопроса, а также и анатомическихъ измѣненій, производимыхъ болѣзнію какъ въ желудкѣ, такъ и въ сосѣднихъ органахъ, такъ какъ часто (не всегда) известная сумма анатомическихъ измѣненій обуславливаетъ известный комплексъ клиническихъ симптомовъ, придавая тотъ или другой оттѣнокъ картинѣ болѣзни.

Интересующая насъ болѣзнь сдѣлалась предметомъ тщательнаго и всесторонняго изученія сравнительно недавно. Хотя еще въ древнее время знали объ язвенныхъ заболѣваніяхъ желудка (Galenі. „De locis affectis“ t. IV. libr. V. cap. VI)¹⁾, но свѣдѣнія эти были очень скудны и сбивчивы до того, что даже предшественники Крувелъе смѣшивали язву желудка съ карциномой. Впервые круглая язва желудка, по мнѣнію многочисленныхъ авторовъ, была выдѣлена въ отдѣльную нозологическую форму въ 1830 г. Крувелъе, который далъ описаніе анатомическихъ измѣненій при названной болѣзни и клиническую картину симптомовъ. (Cruveilhier. Anatomie pathologique. T. I. livr. X. Paris 1829—35)²⁾ Однако, мнѣніе это Лебертъ³⁾ оспариваетъ и утверждаетъ, что ранѣе Крувелъе, въ началѣ нынѣшняго столѣтія, Балъи (Morbid Anatomy of the human body, 2 edit. London 1812 г.) первый описалъ круглую язву желудка, какъ отдѣльную патологическую форму, отдѣлилъ ее отъ рака и далъ три рисунка самой язвы. Послѣ этихъ двухъ изслѣдователей, въ концѣ тридцатыхъ годовъ Рокитанскій обнародовалъ прекрасное описаніе круглой язвы желудка.

1) А. Щербаковъ. „Объ условіяхъ развитія круглой язвы желудка. Диссертация 1891 г. Москва стр. 268.

2) А. Щербаковъ I. с.

3) Руководство Практической Медицины ч II. стр. 452 1862 г.

Труды названныхъ ученыхъ послужили базисомъ для дальнѣйшаго изученія круглой язвы; причемъ позднѣйшими изслѣдователями было обращено особенное вниманіе на изученіе анатомическихъ измѣненій при названной болѣзни и на выясненіе ея этиологии, которая, не смотря на многочисленныя изысканія въ этой области, остается недостаточно выясненной. Что-же касается клинической картины страданія, то, со времени Крувелъе, дѣло изученія симптомовъ и, слѣдовательно, облегченіе постановки діагноза мало подвинулось впередъ; путь къ распознаванію болѣзни нѣсколько расширился введеніемъ въ практику желудочнаго зонда, благодаря которому сдѣлалось возможнымъ изслѣдованіе состоянія пищеваренія въ больномъ желудкѣ, сдѣлалось возможнымъ опредѣленіе кислотности желудочнаго содержимаго и удалось подмѣтить тотъ фактъ, что при круглой язве очень часто наблюдается повышенное содержаніе соляной кислоты. Заслуга введенія въ практику мягкаго желудочнаго зонда принадлежитъ Эвальду¹⁾, чѣмъ воспользовался Лейбе²⁾ для систематическаго примѣненія въ діагностическихъ цѣляхъ.

Язвенное заболѣваніе стѣнки желудка, получившее вначалѣ отъ Крувелъе названіе *Ulcus ventriculi chronicum simplex*, въ послѣдствіи приобрѣло еще много другихъ наименованій (*Ulcus ventriculi rotundum, simplex, perforans, chronicum, corrosivum, pepticum* и пр.), которыя говорятъ о попыткахъ разныхъ авторовъ дать точную характеристику заболѣванія или со стороны этиологическаго момента, или со стороны симптомовъ и исходовъ. Несмотря на такое обиліе названій, все-таки мы не имѣемъ ни одного, которое бы вполне исчерпывало вопросъ. И дѣйствительно, вся номенклатура язвы

1) 2) А. Щербаковъ I. с. стр. 41.

желудка не даетъ точнаго понятія о страданіи ни со стороны этиологии, ни со стороны анатомическихъ измѣненій и клиническихъ симптомовъ болѣзни.

Очень часто на вскрытіи мы видимъ, что язва, хотя и называется *rotundum*, не имѣетъ круглой формы, а принимаетъ инныя очертанія, сообразно мѣсту, которое она занимаетъ и времени ея возникновенія; точно также иногда приходится наблюдать нѣсколько язвъ, существующихъ въ одномъ и томъ же желудкѣ одновременно, несмотря на то, что она носитъ названіе *simplex*; названіе *perforans*, указывающее на исходъ язвы, опять таки не даетъ яснаго понятія о предметѣ и съ этой стороны, такъ какъ далеко не всегда происходитъ прободеніе стѣнки желудка; желаніе охарактеризовать болѣзнь со стороны ея теченія (*chronicum*) тоже не приводитъ къ цѣли, ибо извѣстно много случаевъ не имѣющихъ хроническаго теченія; такимъ-же достоинствомъ обладаютъ, повидимому, и остальные названія. Круглая форма язвы всетаки наиболѣе постоянный признакъ, по этому эпителию *rotundum* можно считать болѣе умѣстнымъ.

Круглая язва, кромѣ желудка, встрѣчается и въ другихъ отдѣлахъ пищеварительнаго тракта: въ пищеводѣ, въ *duodenum* и въ тонкихъ кишкахъ; кромѣ того, въ литературѣ имѣются указанія на заболѣваніе вагины аналогичной формой язвы.

Рокитанскій¹⁾ и вмѣстѣ съ нимъ другіе авторы²⁾

1) Въ желудка язва встрѣчается только въ верхней кривизнѣ двѣнадцатиперстной кишки, далѣе нигдѣ не находится по всему протяженію кишечнаго канала." Рокитанскій. Руков. частной патол. Анат., ч. II, стр. 277. 1844.

2) „Хроническая язва встрѣчается только въ желудкѣ и въ верхней части двѣнадцатиперстной кишки; въ другихъ частяхъ кишечнаго канала ея нигдѣ не бываетъ.“ Нимейеръ. Руководство частной патологіи и терапіи. Т. I, стр. 104, 1861 г.

утверждаютъ однако, что круглая язва наблюдается только въ желудкѣ и иногда въ двѣнадцатиперстной кишкѣ. Это мнѣніе Рокитанскаго раздѣляютъ, между прочимъ, Жакъ¹⁾ и патологоанатомъ Вирхъ-Гиршфельдъ: „кромѣ стѣнокъ желудка, совершенно подобное же язвенное образованіе встрѣчается еще только въ двѣнадцатиперстной кишкѣ (случаи круглой язвы въ пищеводѣ и слѣпой кишкѣ сомнительны)“²⁾. Образованіе этого язвеннаго процесса только въ желудкѣ и въ двѣнадцатиперстной кишкѣ заставляетъ думать, что причина лежитъ въ чисто мѣстныхъ условіяхъ, присущихъ только этому отдѣлу пищеварительныхъ путей. Подтвержденіе высказаннаго мнѣнія Циглеръ³⁾ видитъ въ переваривающемъ и растворяющемъ дѣйствіи желудочнаго сока, вліянію коего подвергаются только желудокъ и *duodenum*.

Но положеніе Рокитанскаго и согласныхъ съ нимъ авторовъ не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, такъ какъ на вскрытіи наблюдаются язвы, аналогичныя желудочной, и въ другихъ частяхъ пищеварительнаго канала.

Многіе другіе авторы, какъ-то: Кунце⁴⁾, Осер⁵⁾, Леубе⁶⁾, Н. Засѣцкій⁷⁾, въ противоположность мнѣнію Рокитанскаго, говорятъ, что это заболѣваніе встрѣчается не только въ желудкѣ и *duodenum*, но также въ пищеводѣ и въ нижнихъ отдѣлахъ кишечника, при чемъ заболѣваніе

1) Руководство Внутренней Патологіи т. III, стр. 149, 1878 г.

2) Вирхъ-Гиршфельдъ. Руководство Патологической Анатоміи. 1877 г. стр. 895.

3) Руководство Общей и Частной Патологической Анатоміи ч. I, стр. 484—485. 1883 г.

4) Учебникъ Практической Медицины т. I, стр. 245. 1877 г.

5) Реальная Энциклопедія *Eulenburg's* т. VII, стр. 73. 1893 г.

6) Руководство къ болѣзнямъ пищеварительныхъ органовъ т. II, стр. 77. 1881 г. Цимсень.

7) Лекціи частной патологіи и терапіи т. I, стр. 283. 1896 г.

этихъ частей пищеварительныхъ органовъ встрѣчается несравненно рѣже, чѣмъ первыхъ двухъ. Кромѣ того Leube (l. c.) говоритъ, что съ язвой желудка имѣютъ большое сходство язвы, встрѣчающіяся „на шейкѣ матки“, тоже сопровождающіяся молекулярнымъ распадомъ.

До послѣдняго времени почти не было указаній въ литературѣ на заболѣваніе женской половой сферы круглой язвой, аналогичной язвѣ желудка. Чрезвычайная бѣдность литературы по этому вопросу заставляетъ меня остановиться нѣсколько дольше на сообщеніи д-ра Oskar'a Beutner'a¹⁾, появившемся въ 1896 году. Это мнѣ кажется тѣмъ болѣе умѣстнымъ, что этиологія круглой язвы желудка до сихъ поръ, несмотря на дружныя усилія весьма многихъ ученыхъ, недостаточно ясна. Заболѣваніе органа, не имѣющаго ничего общаго съ желудкомъ, и выясненіе этиологіи этого заболѣванія могутъ служить къ разъясненію причинъ появленія круглой язвы и въ пищеварительныхъ органахъ.

Oskar Beutner собралъ въ литературѣ 8 случаевъ заболѣванія вагины круглой язвой и прибавилъ къ нимъ еще два случая своихъ собственныхъ наблюденій; онъ считаетъ, что это заболѣваніе не столь рѣдко, какъ принято думать. Первый опубликовавшій два случая язвы вагины былъ Zahn (одинъ случай онъ описалъ въ 1889 году, другой въ 1894 г.). Beutner, разбирая этиологію собранныхъ имъ случаевъ, прежде всего отмѣчаетъ тотъ фактъ, что рѣшительно всѣ его пациентки преклоннаго возраста, такого возраста, когда обыкновенно происходитъ заболѣваніе кровеносной системы (arteriosclerosis), влекущее за собой нарушеніе питанія различныхъ органовъ. Въ первомъ

1) Oskar Beutner. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie. Bd. III. N. 2. 1896.

случаѣ Zahn'a, кромѣ ясно выраженной *endarteritis chronica*, можно было доказать еще, что *arteria uterina* и вѣтвь ея *arteria vaginalis* сильно склерозированы, а одна вѣтвь, идущая къ *ulcus* совершенно не проходима; второй случай Zahn'a былъ съ тѣми же склеротическими измѣненіями *arteriae uterinae et vaginalis*, хотя закупорки сосуда не было найдено. Авторъ цитируемой нами статьи, относительно этиологіи приведенныхъ случаевъ, вполне соглашается съ Zahn'омъ, что „недостаточный притокъ артеріальной крови, вслѣдствіе непроходимости сосуда и отсутствія возможности образованія коллатеральнаго кровообращенія, и былъ причиной образованія язвъ.“ Третій случай, Browicz'a, относительно этиологіи (артероматозъ сосудовъ), вполне соотвѣтствуетъ случаямъ Zahn'a. Braithwaite'у первому пришлось наблюдать при жизни пациентки круглую язву вагины. У пациентки 55 лѣтъ, жившей въ очень дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, внезапно заболѣлъ глазъ, который пришлось удалить; существовавшая одновременно *ulcus rotundum vaginae* не поддавалась мѣстному леченію, которое поэтому было оставлено и назначено общее укрѣпляющее леченіе; язва зарубцевалась сама собой. Braithwaite полагаетъ, что здѣсь главную роль играли найденныя имъ бактеріи; Beutner же думаетъ, что язва возникла вслѣдствіе мѣстнаго расстройства питанія на почвѣ заболѣванія сосудовъ, чему была дана возможность во внѣшнихъ неблагоприятныхъ условіяхъ жизни больной, бактеріи же могли здѣсь играть только второстепенную роль. Случай Скавронскаго, въ отношеніи этиологіи, тоже указываетъ на заболѣваніе кровеносныхъ сосудовъ, съ сильной анеміей и систолическимъ шумомъ въ сердцѣ. Случаи самого автора заставляютъ его, какъ и Zahn'a, придти къ тому заключенію, что главная причина язвъ вагины мѣстноестройство кровообращенія, явившееся въ результатъ болѣзненно

измѣненныхъ кровеносныхъ сосудовъ; при чемъ, рядомъ съ измѣненіемъ въ кровеносной системѣ, въ числѣ производящихъ факторовъ нужно поставить и патологическое (разъѣдающее) выдѣленіе матки. На дѣйствительность этого фактора можетъ указывать то обстоятельство, что въ четырехъ случаяхъ язва локализовалась на задней стѣнкѣ *vaginae*, влѣво отъ *linea mediana*, приближаясь болѣе или менѣе къ наружному маточному зѣву, т. е., къ задней губѣ матки. Секретъ матки течетъ по преимуществу по задней стѣнкѣ вагины, а разъ онъ обладаетъ разъѣдающимъ свойствомъ (кислота), то нѣтъ ничего удивительнаго, что, дѣйствуя постоянно на одно и тоже мѣсто слизистой, измѣненной заболѣваніемъ сосудовъ, а слѣдовательно сдѣлавшейся менѣе способной противустоять разнымъ вреднымъ вліяніямъ, этотъ секретъ можетъ вызвать изъязвленіе слизистой *vaginae*. Второй случай автора интересенъ еще и въ томъ отношеніи, что рядомъ съ *ulcus rotundum vaginae* было констатировано и *ulcus duodeni*, что даетъ право думать объ общности причинъ въ томъ и другомъ случаѣ.

Ulcus rotundum vaginae можетъ протекать совершенно безъ всякихъ симптомовъ и жалобъ со стороны больной, и открывается только на вскрытіи, какъ это было въ случаѣ Zahn'a гдѣ больная пробыла въ больницѣ 6 лѣтъ и никто не подозрѣвалъ о существованіи у нея *ulcus rotundum vaginae*. У другихъ больныхъ бываютъ непріятныя субъективныя ощущенія, сильныя боли, частые позывы, жженіе и боль при мочеиспусканіи; жженіе и болѣзненное давленіе въ половыхъ частяхъ, увеличивающееся при ходьбѣ; сила всѣхъ этихъ ощущеній зависитъ, конечно, отъ индивидуальныхъ особенностей больной.

Часто смѣшивали *ulcus rotundum vaginae* съ сифилисомъ и карциномой, но въ первомъ случаѣ при распознаваніи помогаетъ отсутствіе индураций и бесполезность специфическаго леченія,

а во второмъ — отсутствіе опухоли и инфильтраціи сосѣднихъ частей, что часто наблюдается при ракѣ. Леченіе въ подобныхъ случаяхъ рекомендуется выжидательное, при чемъ укрѣпленіе всего организма вліяетъ на заживленіе язвы.

Обратимся опять къ круглой язвѣ пищеварительныхъ путей. Изъ всѣхъ частей этого тракта, въ конхъ она локализуется, наичаще этимъ заболѣваніемъ поражается желудокъ. Что касается мѣста, которое она занимаетъ въ желудкѣ, то, по Рокитанскому и другимъ авторамъ, это есть выходная часть желудка: „всего чаще встрѣчается въ средней части, принадлежащей къ выходной половинѣ желудка, чаще на задней, чѣмъ на передней стѣнкѣ и почти постоянно около малой кривизны, нерѣдко на самой кривизнѣ“¹⁾. Лебертъ²⁾, дѣлающій свои выводы на основаніи 53 случаевъ, говоритъ, что язва наичаще встрѣчается на малой кривизнѣ, вблизи *pylorus'a*, далѣе — на задней стѣнкѣ желудка и рѣже всего — на днѣ желудка и передней его стѣнкѣ. По Brinton'у, на котораго ссылаются Кунце, Leube, Засѣцкій, и др., собранному 220 случаевъ, язва помѣщалась: на задней стѣнкѣ 45,3 %, на *curvatura minor* 26,8 %, на выходной части 15,6 %, что составляетъ $\frac{4}{5}$ или 87,7 % всѣхъ случаевъ; въ остальныхъ 12,3 % или въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ язва была расположена на передней стѣнкѣ 8 %, на *curvatura major* 2,4 %, и на входной части 1,9 %³⁾; по Rosenheim'у (*Pathologie und Therapie* стр. 169)⁴⁾: на задней стѣнкѣ — 40 %, на малой кривизнѣ — 15 %, *pars pylorica* — 25 %, на передней стѣнкѣ — 20 %.

Наши наблюденія почти совпадаютъ съ указаніями выше-

1) Рокитанскій. I. с. стр. 277.

2) Лебертъ. I. с. стр. 453.

3) Засѣцкій I. с. стр. 284.

4) O. Wegele. Терапія болѣзней желудка и кишокъ стр. 231. Москва 1896 г.

приведенныхъ авторовъ; такъ изъ протоколовъ 1) вскрытій, имѣвшихся въ нашемъ распоряженіи можно констатировать, что язва помѣщалась на задней стѣнкѣ близъ pylorus'a и малой кривизны — одинъ разъ (протоколъ вскрытія при исторіи болѣзни № 19), на малой кривизнѣ — два раза (протоколъ при исторіи болѣзни № 24 и примѣчаніе — протоколъ № 1), въ выходной части (pylorus) — два раза (примѣчаніе протоколъ № 2 и № 3.) и на передней стѣнкѣ, вблизи pylorus'a одинъ разъ (протоколъ при исторіи болѣзни № 22.)

1) Примѣчаніе. Ниже приведенные протоколы вскрытій, равно и протоколы, помѣщенные при исторіяхъ болѣзней, были любезно предоставлены въ мое распоряженіе профессоромъ В. А. Афанасьевымъ.

Выдержки изъ протоколовъ вскрытій.

Протоколъ № 1. Авраамъ Манникъ 31 года. Умеръ 23 Февраля 1892 г., вскрытіе 24 Февр.

Клиническій діагнозъ: Stenosis pylori ex ulcere ventriculi.

... Въ желудкѣ находится 2—3 литра буровой, весьма мутной жидкости, слабо-кислаго запаха, и большое количество газа, горящаго синеватымъ пламенемъ. При наполненіи желудка (предварительно опорожненнаго) водою, онъ принимаетъ свои первоначальные размѣры — емкость 4—6 литровъ. При вливаніи 8 литровъ, стѣнки желудка становятся растянутыми, подобно барабану. При такомъ наполненіи въ желудокъ попадаютъ 2—3 кб. с. воздуха. Послѣ вскрытія желудка, на слизистой оболочкѣ его оказывается крупная зернистость, толстый слой стекловидной слизи и много точечныхъ геморрагій. Кромѣ того на малой кривизнѣ находится большая язва, продольный размѣръ которой 5 ст., поперечный — 3 ст., дно язвы имѣетъ рубцовое строеніе и вдается глубоко въ ретроперитонеальную ткань. Ткань окружающая дно язвы пропитана водою, а на днѣ язвы множество мелкихъ, въ видѣ песка, зеренъ; дно язвы сращено съ pancreas'омъ. Также и слизистая pylorus'a представляется сильно набухшей, другихъ измѣненій нѣтъ...

Анатомическій діагнозъ: Ulcus ventriculi simplex et dilatatio ventriculi.

Протоколъ № 2. Александръ Блокъ 39 лѣтъ. Умеръ 7 Марта 1892 г., вскрытіе 8 Марта. Клиническій діагнозъ: Ulcus ventriculi.

... Въ желудкѣ большое количество черного содержимаго, слизистая сильно имbibирована кровью; складки слизистой сильно выдаются. У самого мѣста перехода pylori въ duodenum, на задней стѣнкѣ кишки замѣчается дефектъ стѣнки, посредствомъ котораго кишка находится въ открытомъ сообщеніи съ брюшной полостью. Край дефекта острый, весьма красны и образуютъ нѣсколько пазухъ. Содержимое duodeni окрашено желчью; слизистая безъ измѣненія. На мѣстѣ дефекта стѣнка кишки сильно сращена съ шейкой желчнаго пузыря.

Анатомическій діагнозъ: Ulcus perforans pylori, peritonitis fibrinosa, oedema pulmonum, nephritis interstitialis, arteriosclerosis.

и тамъ-же ближе къ Cardia — одинъ разъ (примѣчаніе, протоколъ № 4). Такимъ образомъ изъ вышеприведеннаго мы видимъ, что наичаще поражается болѣзною часть желудка, прилежащая къ pylorus'у, именно задняя стѣнка ближе къ малой кривизнѣ, или язва развивается на ней; остальная же часть желудка, гораздо большая, заболѣваетъ несравненно рѣже.

Что касается числа язвъ, появляющихся въ одномъ и томъ-же желудкѣ, то оно бываетъ различно. Въ большинствѣ случаевъ развивается одна язва, какъ это наблюдалось

Протоколъ № 3. Вильгельмъ Шульцъ 44 года. Умеръ 19 Марта 1892 г., вскрытіе 20-го. — Клиническій діагнозъ: Ulcus ventriculi. Icterus catarrhalis. ... Въ желудкѣ газъ, горящій синевато-фіолетовымъ пламенемъ, кромѣ того большое количество сѣрой жидкости съ примѣсью слизи.

Слизистая оболочка желудка, въ общемъ сильно набухшая, весьма зернистаго строенія. Pylorus узокъ; на слизистой его много продолговатыхъ рубцовъ и складокъ.

Анатомическій діагнозъ. Atrophia marantica, catarrhus et dilatatio ventriculi, cicatrices post ulcera pylori.

Протоколъ № 4. А. З. 21 года; умеръ 26 Февраля 1896 г., вскрытіе 27 Февраля.

Трупъ мужчины 21 года, среднего роста и сложенія, удовлетворительнаго питанія. Брюшная полость. При вскрытіи брюшной полости, съ нѣкоторымъ шумомъ выдѣляется струя воюпаго газа; въ ней, кромѣ газовъ, находится большое количество (около 6 фун.) грязно-мутной, отчасти желтоватой жидкости. На передне-верхней поверхности желудка, недалеко отъ мѣста вхожденія въ него пищевода замѣчается отверстіе круглой формы 1½ сент. въ діаметрѣ. Это отверстіе ведетъ въ небольшую полость, величиною въ грецкій орѣхъ, помѣщающуюся между серозной и слизистой оболочками желудка; на днѣ ея видѣтъ развѣтвляющійся артеріальный сосудъ съ свернувшейся кровью. Полость эта въ свою очередь сообщается съ желудкомъ при помощи другого также круглаго отверстія, но имѣющаго въ поперечникѣ 4 сент. Край обонхъ отверстій какъ бы обрѣзаны, гладки и блѣдны. Черезъ оба эти отверстія происходитъ свободное сообщеніе желудка съ брюшной полостью. Слизистая оболочка желудка вокругъ внутренняго отверстія блѣдно-розоваго цвѣта, безъ всякаго утолщенія; отверстіе это находится на передне-задней поверхности малой кривизны желудка, на разстояніи 4 ст. отъ пищевода; прочая часть слизистой оболочки желудка утолщена, рыхла, нѣсколько полнокровна; привратникъ желудка безъ измѣненій.

Анатомическій діагнозъ: Ulcus ventriculi perforans, inde peritonitis stercorealis. Hypaeremia meningeae et — cerebri. Pleuritis adhaesiva utriusque lateris. Hypaeremia pulmonum. Degeneratio fusca cordis.

и у нашихъ больныхъ, сдѣлавшихся въ послѣдствіе предметъ аутопсіи; образованіе двухъ и болѣе язвъ въ желудкѣ не представляетъ, однако, особенной рѣдкости, такъ Лебертъ (I. с. стр. 453) находилъ болѣе одной язвы въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ своихъ случаевъ; по Brinton¹⁾ изъ 463 случаевъ въ 97 наблюдалось болѣе одной язвы, а именно: по 2 язвы 57 случаевъ, по 3—16 случаевъ, по 4—3 случая, по 5—2 случая и болѣе 5—4 случая; число язвъ по Wollmann'y (Засѣцкій, Эйхгорстъ) можетъ въ иныхъ случаяхъ дойти до 8. Рокитанскому²⁾ тоже приходилось наблюдать отъ 2-хъ до 5 язвъ одновременно, и въ такихъ случаяхъ язвы помѣщались обычно рядомъ чаще на малой кривизнѣ или на задней стѣнкѣ; а расположеніе язвъ одна противъ другой на передней и задней стѣнкѣ, впротивность мнѣнію Бирхъ-Гиршфельда³⁾, встрѣчается рѣдко.

Форма язвы, какъ видно изъ самаго названія, большею частію круглая, что относится, главнымъ образомъ, къ свѣжимъ язвамъ, не получившимъ еще большого распространенія въ ширину, и неизмѣнившимся поэтому круглой своей формы на овальную или — иныхъ очертаній. Въ дальнѣйшемъ теченіи, обыкновенно, очертанія язвъ измѣняются, большею частію онѣ принимаютъ овальную форму, рѣже, — вслѣдствіе не одинаковой глубины дна — извилистую; въ самомъ началѣ развитія овальная форма встрѣчается рѣдко. Иногда, при одновременномъ существованіи двухъ язвъ, онѣ соединяются вмѣстѣ и тогда очертаніе язвы соответствуетъ имъ обѣимъ. Такое же неправильное очертаніе имѣетъ язва въ томъ случаѣ, когда она расположена

1) Brinton. I. с. Die Krankheiten des Magens, стр. 112. 1862.

2) Рокитанскій. I. с. стр. 278.

3) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. 892.

вокругъ привратника (Лебертъ¹⁾). Въ чистой формѣ язва желудка имѣетъ очень характерный видъ. Если смотрѣть на нее изъ внутри желудка, то она представляется конусообразной, основаніе конуса обращено внутрь желудка, а вершина къ периферіи; въ случаяхъ старыхъ язвъ потеря вещества бываетъ одинакова во всѣхъ слояхъ желудочной стѣнки и тогда утрачивается воронкообразность формы²⁾. Края язвы представляются обрѣзанными, какъ будто часть стѣнки желудка выбита пробойникомъ³⁾, спускается язва къ дну своему ступенеобразно; въ дальнѣйшемъ теченіи края дѣлаются толстыми и твердыми.

Глубина язвы бываетъ различна, въ однихъ случаяхъ страданіе ограничивается одной слизистой оболочкой или подслизистымъ слоемъ, а въ другихъ идетъ дальше на мышечный и оканчивается продыравливаніемъ стѣнки желудка. Дно язвъ обыкновенно бываетъ чисто и, когда изъязвленіе доходитъ до мышечнаго слоя, то мышцы становятся видны, какъ на анатомическомъ препаратѣ⁴⁾; иногда на днѣ замѣчается буроватый или геморрагическій налетъ. Поверхность дна бываетъ гладкая тогда, когда въ образованіе его не входятъ близлежащіе органы; оно бываетъ бугристо, какъ въ нашихъ наблюденіяхъ, гдѣ въ днѣ язвы находились передняя часть лѣвой доли печени и головка pancreas (протоколъ при исторіи болѣзни № 19), или — когда образуются въ сосѣднихъ частяхъ рубцевыя разращенія (протоколъ при исторіи болѣзни № 24). Иногда на днѣ язвы замѣчаются зіяющіе кровеносные сосуды, принадлежащіе или стѣнкамъ желудка или другимъ органамъ, принимающимъ участіе въ образованіи дна язвы.

1) Лебертъ. I. с. стр. 453.

2) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. стр. 892.

3) Рокитанскій. I. с. стр. 277.

4) Эйхгорстъ. I. с. стр. 140.

Величина язвы бывает не одинакова, она колеблется от величины чечевицы до величины ладони, язвы послѣднихъ размѣровъ бываютъ рѣдко (Рокитанскій, Бирхъ-Гиршфельдъ). По наблюденіямъ Леберта обыкновенная величина язвы бываетъ отъ 2 до 5 франковой монеты. Самая большая язва была описана Cruveilhier'омъ: длина ея была 16,5, а ширина 8,5 ст.; намъ приходилось наблюдать язву длиною 6¹/₂, а шириною въ 3¹/₂ ст. (протоколъ при исторіи болѣзни № 19). Діаметръ язвы не всегда соответствуетъ глубинѣ ея, иногда маленькая язва вызываетъ перфорацию и наоборотъ — язва большихъ размѣровъ бываетъ поверхностна.

Въ случаѣ благопріятнаго исхода, язва заживаетъ, на ея мѣстѣ образуется лучистый рубецъ; наибольшую склонность къ заживленію обнаруживаютъ язвы небольшихъ размѣровъ и не глубокія. Язвы съ большой потерей вещества рѣдко излѣчиваются, за исключеніемъ, такъ называемыхъ, опоясывающихъ язвъ, которыя имѣютъ большое протяженіе въ длину и очень узкій поперечникъ.

Заживленіе глубокихъ язвъ, прободающихъ мышечную оболочку, по Рокитанскому¹⁾, происходитъ такимъ образомъ, что на днѣ язвы развивается рубцовая ткань, которая, стягиваясь, сближаетъ края язвы и они срастаются; въ такомъ случаѣ получается рубецъ, который, будучи самъ разнообразенъ, смотря по своимъ размѣрамъ и направленію, измѣняетъ форму желудка. Слѣдствіемъ такого рубцеванія, большею частію, происходятъ суженіе и непроходимость, если рубецъ находится возлѣ pylorus'a; если же язва находилась на малой кривизнѣ и простиралась на переднюю и заднюю стѣнки желудка, то, по зарубцеваніи, получается

1) Рокитанскій. I. с., стр. 280.

особая форма желудка въ видѣ песочныхъ часовъ, на что указываютъ и прежніе авторы, и недавно такой случай былъ описанъ д-ръ Karl'омъ Schwarz'емъ¹⁾.

По статистическимъ даннымъ почти половина язвъ зарубцовывается, такъ напр. у Лейбе²⁾ приведены цифры Brinton'a, гдѣ при вскрытіяхъ приходится открытыхъ язвъ 278 на 265 рубцовъ. Заживленіе язвъ нельзя, однако, всегда считать прочнымъ, часто наблюдаются возвраты, или вслѣдствіе изъязвленія рубцовъ, или же на новыхъ мѣстахъ образуются новыя язвы. Въ тяжелыхъ случаяхъ очень глубокія язвы ведутъ къ прободенію стѣнки желудка, и тогда содержимое его можетъ излиться въ брюшную полость и вызвать общій перитонитъ; это осложненіе язвы, равно какъ и разрывъ сосуда на днѣ ея съ послѣдующимъ кровотеченіемъ принадлежатъ къ самымъ опаснымъ осложненіямъ.

Не всегда, однако, прободеніе оканчивается общимъ перитонитомъ и смертью, но этотъ исходъ иногда отсрочивается; это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда стѣнка желудка прочно срастается съ сосѣдними органами. Вслѣдствіе проникновенія язвы вглубь происходитъ слипчивое воспаленіе, ограниченный перитонитъ, который отсутствуетъ только въ ¹/₂ случаевъ, — такъ по Jaksch'y³⁾ изъ 57 случаевъ слипчивое воспаленіе было 22 раза; результатомъ его является сращеніе желудка съ сосѣдними органами, отчего можетъ произойти ограниченіе движеній желудка, въ иныхъ же случаяхъ сращенія происходятъ, вслѣдствіе давленія желудочнаго содержимаго, образованіе пазухъ и кармановъ⁴⁾. Наичаще желудокъ срастается съ печенью, селезенкой, рап-

1) Schwarz. Wiener klinische Wochenschrift 1896 г. № 25.

2) Лейбе. I. с., стр. 78.

3) Bouveret. I. с., 234.

4) Рокитанскій. I. с., стр. 283.

сгeас, лимфатическими железами, сальникомъ, тонкими кишками, ободочною кишкою, діафрагмой и передней брюшной стѣнкой. Последнее сращеніе наименѣе прочно, и оно, вслѣдствіе движеній желудка, часто разрывается и ведетъ къ разрыву желудка съ послѣдующимъ поступленіемъ содержимаго его въ полость брюшины. По Brinton'у въ 75 случаяхъ язвъ передней стѣнки прободеніе наступило 64 раза¹⁾. Кровотеченіе, представляющее значительную опасность, наступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда изъязвляется какой нибудь значительный сосудъ; наичаще этому подвергаются *art. lienalis, coronaria ventriculi, pylorica, gastroepiploicae, gastroduodenalis* и ихъ вѣтки.

Микроскопическое изслѣдованіе свѣжихъ язвъ указываетъ на весьма слабо выраженные воспалительныя явленія²⁾. Слѣпые концы железистыхъ мѣшечковъ и отчасти мышечныя волокна не сильно инфильтрованы мелкими соединительно-тканными клѣтками. Стѣнки капилляровъ инфильтрованы сильно преломляющей свѣтъ субстанціей, которая хорошо красится пикрокарминомъ. По Опенховскому (*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Bd. CXVII, Heft 2*) это есть гиалиновая инфильтрація. Такимъ образомъ распаду тканей здѣсь не предшествуетъ сколько нибудь значительная клѣточная инфильтрація; слизивое воспаленіе, ведущее къ сращенію желудка съ сосѣдними органами, есть явленіе вторичное³⁾, а потому язва желудка не вполне подходитъ къ понятію о язвѣ, такъ какъ съ нимъ связано представленіе, кромѣ потери вещества, еще о нагноеніи и разращеніи грануляціонной ткани, здѣсь же дѣло идетъ о потерѣ веще-

1) Эйхгорстъ. I. с. стр. 142.

2) Bouveret. I. с. 231.

3) Циглеръ. I. с. стр. 485.

ства вслѣдствіе ограниченнаго некроза, безъ воспаленія¹⁾. Относительно грануляцій Ozer²⁾ полагаетъ, что онѣ всетаки развиваются, но въ большинствѣ случаевъ перевариваются желудочнымъ сокомъ, такъ что на вскрытіи мы ихъ и не наблюдаемъ.

Глава II.

Двадцать пять случаевъ круглой язвы желудка изъ Юрьевской Университетской терапевтической клиники.

Прежде чѣмъ заняться изученіемъ признаковъ, наличность коихъ можно считать за указаніе на необходимость хирургическаго вмѣшательства въ теченіи круглой язвы желудка, я считаю необходимымъ привести здѣсь описаніе тѣхъ клиническихъ случаевъ, на основаніи которыхъ можно судить о томъ, насколько эти признаки рельефны и насколько само теченіе болѣзни у субъектовъ, подлежащихъ операциі, разнится отъ такового у лицъ, излеченіе коихъ возможно и безъ операциі; сдѣлать это необходимо еще и потому, что въ дальнѣйшемъ изложеніи намъ придется дѣлать ссылки на приводимые ниже случаи заболѣванія круглой язвой желудка.

Мы собрали исторіи болѣзней 25 больныхъ, которыя и приводятся ниже. Всѣ больные были стационарные.

1) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. стр. 892.

2) Энциклопедія Eulenburg'a, I. с. стр. 73.

Случай I.

Ж. С., 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 1 Марта, 1893 года, жалуясь на постоянныя боли въ подложечной области, которыя усиливаются послѣ ѣды и иногда ночью и распространяются на грудь и спину. Болѣзнь началась 1½ года назадъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ; жилище имѣетъ удовлетворительное, питается, главнымъ образомъ, растительной пищей. — черный хлѣбъ и картофель въ большомъ количествѣ съ селедкой составляютъ главные предметы его довольствія, мясо ѣстъ рѣдко, чаю и кофе вовсе не пьетъ, спиртные напитки употребляетъ очень рѣдко и въ малыхъ количествахъ. Женатъ, имѣетъ одного ребенка, выкидышей у жены не было.

Распростъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошій, но ѣстъ мало, боясь усиленія болей; жажда не усилена; пищу плохо пережевываетъ, во рту непріятный кислый вкусъ. Послѣ ѣды кислая отрыжка, иногда изжога, постоянная боль въ подложечной области послѣ ѣды дѣлается очень сильной, имѣетъ характеръ рвущій, рѣжущій, распространяется въ грудь, спину, правое плечо и весь животъ; продолжительность такой сильной боли различна и проходитъ послѣ рвоты. Дефекація бываетъ дня черезъ 2—3, сопровождается головокруженіемъ и сердцебіеніемъ, feces очень тверды, на нихъ иногда жилки крови. Въ животѣ, кромѣ вышеупомянутыхъ болей, ничего не замѣчалъ. Незначительный кашель по утрамъ. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы упали. Спитъ не всегда хорошо; на-

строеніе духа угнетенное, память ослабѣла. На кожѣ ничего не замѣчалъ, кромѣ холодного пота во время приступа сильныхъ болей.

Анамнезъ. Полтора года назадъ у больного появился поносъ, который скоро прошелъ и смѣнился запорами; вскорѣ послѣ этого больной началъ замѣчать, что у него послѣ каждаго принятія пищи вздуваетъ животъ и дѣлается невыносимая боль подъ ложечкой, проходящая только послѣ рвоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи боли сдѣлались постоянными и послѣ ѣды ожесточались; припадки сильной боли иногда дѣлались и на тощій желудокъ и ночью. — На 8 году жизни пациентъ перенесъ корь. Во время военной службы у него была какая то горячка.

Объективное изслѣдованіе. Ростъ средній, тѣлосложеніе слабое, вѣсъ 3 п. 21 ф., кожа блѣдная, тургоръ ея ослабленъ, на правой сторонѣ шеи замѣчается старый рубецъ, вслѣдствіе пораненія еще въ дѣтствѣ; жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы дряблы. Видимыя слизистыя оболочки блѣднаго цвѣта. Шейныя железы не увеличены. Грудная клѣтка длинная; лопатки отстоятъ вродѣ крыльевъ; надключичныя и подключичныя пространства сильно выражены, межреберныя пространства растянуты. Объемъ груди 90, экскурсія 4 сант. При вдохѣ правая половина груди нѣсколько отстаетъ отъ лѣвой; границы легкихъ нормальны, перкуторный тонъ слегка притупленъ надъ обѣими верхушками, здѣсь же повышенъ *fremitus pectoralis*; въ правой верхушкѣ и у угла правой лопатки немного слышно среднепузырчатыхъ влажныхъ хриповъ; замѣчается небольшое количество слизистой мокроты; подъ микроскопомъ кое гдѣ видны бѣлые кровяные шарики, бациллъ нѣтъ. Въ сердцѣ ничего ненормального не найдено. Животъ втянутъ, прямыя мышцы живота

напряжены; при надавливании — ограниченная болезненность подъ ложечкой ближе къ лѣвому подреберью; нижняя граница желудка лежитъ на *linea umbilicalis*, содержаніе соляной кислоты повышено. Еосес кромѣ твердости ничего особеннаго не представляютъ. Мочи 1000 к. с., прозрачна, кислой реакціи, уд. вѣсъ 1023, въ ней ничего патологическаго не найдено. Нб. 70 %, красныхъ шариковъ 3,850,000, бѣлыхъ 4000.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi*. — Больному было назначено молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. belladonae*.

2/III. Послѣ обѣда у больного появились очень сильныя боли въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи, больной не можетъ лежать, сидить, согнувшись и прижавши колѣна къ животу; такое положеніе нѣсколько облегчаетъ боль; область желудка очень болезненна при ощупывании; прямые мышцы живота напряжены и тверды, какъ доска; приступъ боли тянется около часу, наконецъ, больного вырвало и ему стало легче, въ рвотѣ остатки пищи; чрезъ нѣсколько минутъ больного опять вырвало кровью; реакція рвотныхъ массъ сильно кислая; подъ микроскопомъ видны бѣлые кровяные шарики и измѣненные красные шарики. Больной чувствуетъ себя очень слабымъ. Вечеромъ и ночью такіе же приступы болей, сопровождавшіеся рвотой, но безъ крови — болеутоляющія не приносятъ облегченія. Былъ незначительный стулъ послѣ клистира.

3/III. Приступъ болей повторялся разъ 5 и всякій разъ сопровождался рвотой, но безъ крови. Въ даянѣйшемъ теченіи (3 недѣли) какъ боли, такъ и рвота оказались очень упорными и вслѣдствіе этого, *Argent. nitric.* былъ замѣненъ, *Bismuth subnitric.* по 1,0 три раза въ день. Къ концу четвертой недѣли больному стало нѣсколько лучше, боли пере-

стали появляться по ночамъ, такъ что онъ началъ спать спокойно и дневныя боли, наступавшія послѣ ѣды, сдѣлались не такъ рѣзки и продолжительны, рвота не всегда стала сопровождать приступъ болей и къ концу мѣсяца совершенно прекратилась. Съ 8 Апрѣля, т. е., чрезъ 38 дней послѣ поступленія въ клинику, боли уже больше не появлялись; больной чувствуетъ себя хорошо, спитъ достаточно, силы немного прибавилось; продолжаетъ принимать *Bismuth*. Съ 10 Апрѣля больному стали прибавлять къ молоку легкую удобоваримую пищу ввиду его слабости и сильнаго истощенія. Больной начинаеть полнѣть, силы прибавляются, аппетитъ прекрасный, настроеніе духа тоже, спитъ хорошо. 1 Мая больной выбылъ изъ клиники съ совершенно исчезнувшими желудочными явленіями; остался только упорный запоръ. Вѣсу прибыло $8\frac{3}{4}$ ф. При выходѣ изъ клиники больному былъ данъ совѣтъ быть осторожнымъ въ ѣдѣ, и ввиду явленій со стороны легкихъ, которыя остались почти тѣ-же, что при поступленіи въ клинику, былъ назначенъ еще *Creosot* и рекомендовано отдохнуть и не заниматься тяжелой работой въ теченіе лѣта. — Въ клиникѣ больной провелъ 60 дней.

Случай II.

Ю. К., 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18 Авг. 1893 г., жалуясь на сильныя боли въ подложечной области, отрыжку и рвоту темнокраснаго цвѣта. Рвота бываетъ послѣ ѣды и началась 2 недѣли назадъ, а боли въ первый разъ появились весной прошлаго года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное, питается по преимуществу растительной пищей, главнымъ образомъ, крахмалистыми

веществами; спиртных напитков употребляет мало; холостъ.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо — торопится; постоянно кислый вкусъ во рту, послѣ ѣды — отрыжка и боль подъ ложечкой, равно и рвота темно-краснаго цвѣта; стулъ каждый день, въ испражненияхъ ничего не замѣтилъ; чувствуетъ легкое вздутіе живота. За время болѣзни значительно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы упали; въ послѣднее время спитъ плохо, такъ какъ мѣшаютъ боли.

Анамнезъ. Въ дѣтствѣ перенесъ скарлатину. До весны прошлаго года былъ совершенно здоровъ; сначала у него появилась отрыжка, а потомъ и боли въ подложечной области, наступавшія послѣ ѣды, съ теченіемъ времени боли эти все усиливались; въ Августъ сего года у больного нѣсколько разъ была кровавая рвота, также онъ замѣтилъ кровь и въ испражненияхъ. Эти послѣднія обстоятельства и заставили его поступить въ клинику.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 18¹/₂ ф., кожа блѣдная сухая, жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы слабы. Слизистая вѣкъ и носа блѣднаго цвѣта, равно очень блѣдны губы и слизистая рта и зѣва, языкъ слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены; грудная клѣтка правильной формы; легкія и сердце здоровы. Животъ слегка втянутъ, прямые мышцы живота нѣсколько напряжены, съ лѣвой стороны сильнѣе; при ощупываніи сильная локализованная боль въ лѣвомъ подреберьи на l. parast. sinistra; желудокъ увеличенъ, содержаніе соляной кислоты повышено; рвотныя массы содержатъ въ себѣ

кровь; feces дегтеобразныя, найдены кристаллы гемина. Моча слабо кислой реакціи, уд. вѣсъ 1015. Нв. 60%, красныхъ шариковъ 3,500,000, бѣлыхъ шариковъ 5700.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больному назначено молоко и пилюли съ *Argent. nitrici* и *extr. bellad.* Улучшеніе состоянія больного пошло очень быстро: рвота совершенно прекратилась къ 17 Сентября, а съ 20 не было и болѣе; больной чувствовалъ себя отлично, вѣсъ, упавшій въ началѣ леченія, къ 24 Сентабря, т. е., чрезъ 32 дня увеличился на 4 фунта. Состояніе больного было настолько хорошо, что ему перестали съ 20 Сентября давать лекарство. Такъ было до 25 Сентября, когда у больного опять появились боль и рвота; положеніе опять начало ухудшаться, вѣсъ сталъ падать и самочувствіе больного ухудшилось. Ему былъ назначенъ *Bismuth* по 1,0 три раза въ день; съ 7 Октября больному стало опять лучше, рвота прекратилась и значительно уменьшились боли, вѣсъ поднялся только до первоначальной высоты. Больной пробылъ въ клиникѣ 46 дней и выписался 14 Октября, при чемъ ему было рекомендовано принимать *Bismuth* и дома и быть осторожнымъ въ ѣдѣ.

Случай III.

Я. Т., 47 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5 Сентября 1893 года, жалуясь на отрыжку, изжогу и острую боль подъ ложечкой, наступающую послѣ ѣды; боль распространяется въ оба подреберья, въ спину и по всему животу. Боленъ нѣсколько болѣе года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное, питается, главнымъ образомъ, растительной пищей, много съѣдаетъ чернаго хлѣба и картофеля

съ селедкой, мясо ѣсть очень рѣдко, кофе почти не пьетъ; до заболѣванія злоупотреблялъ спиртными напитками; много курить. Женатъ, имѣлъ 5 дѣтей, выкидышей у жены не было; спитъ мало: 4—6 часовъ въ сутки.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, но ѣсть мало, чтобы не вызывать боли, жажда не усилена, во рту непріятный, кислый вкусъ; пищу пережевываетъ хорошо, глотаніе свободно; послѣ ѣды изжога и отрыжка кислая или газами, очень рѣзкая боль подъ ложечкой, наступающая тотчасъ послѣ принятія пищи; больного не слабитъ по 2—3 дня, испражненія очень сухи иногда со слизью, страдаетъ геморoidalными кровотечениями. Острая боль, изъ подложечной области распространяется по всему животу, въ оба подреберья и въ спину; иногда боль бываетъ и на тощій желудокъ и ночью, такъ что мѣшаетъ больному спать. За время болѣзни больной сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, сила значительно убывла. Во время вышеупомянутыхъ кровотеченій, кромѣ сердцебиенія наблюдаются головныя боли и головокруженіе.

Анамнезъ. Около года назадъ больной, въ полѣ во время работы вдругъ почувствовалъ сильное сердцебиеніе, головокруженіе и потерялъ сознание; придя въ себя, онъ замѣтилъ очень рѣзкую боль въ подложечной области, затѣмъ у него появилась кровавая рвота, а на другой день — дегтеобразныя испражненія. Кровавая рвота и испражненія повторялись нѣсколько разъ, боль подъ ложечкой становилась все сильнѣе и сильнѣе, что и заставило больного обратиться въ клинику. — Въ дѣтствѣ перенесъ корь и скарлатину.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста и тѣлосложенія; вѣсъ 3 п. 12 ф.; кожа блѣдной окраски, тургоръ ея ослабленъ; на правомъ предплечьи старый ру-

бецъ отъ бывшаго нарыва; жиръ подкожной клѣтчатки весьма слабо развитъ, мышцы тоже. Слизистая вѣкъ и носа блѣднаго цвѣта; губы блѣдны; языкъ влаженъ, по срединѣ его, ближе къ корню, небольшой налетъ бѣлаго цвѣта. Легкія и сердце здоровы; животъ представляется нѣсколько вздутымъ, прямая мышца живота напряжены, при надавливаніи — сильная ограниченная болѣзненность въ подложечной области; границы желудка нормальны, изслѣдованіе содержимаго показало увеличенное содержаніе соляной кислоты. Въ анус нѣсколько геморoidalныхъ шишекъ. Моча прозрачна, количество 2000 к. с., реакція ея слабо кислая, уд. вѣс. 1020, ничего патологическаго въ себѣ не содержитъ. Нв. 38%, красныхъ шариковъ 3 м., бѣлыхъ 8 т.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больному назначено молоко и пилюли съ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Въ началѣ улучшеніе состоянія больного шло очень быстро впередъ: скоро исчезли отрыжка и изжога, а къ 15 Сентября прекратилась боль подъ ложечкой; вѣсъ прибавился на 3 фунта. Ввиду такого состоянія болѣзни и ввиду сильной слабости и истощенія больного, съ этого числа ему прибавили тарелку супу и 2 яйца; въ теченіе трехъ дней все шло хорошо, больной отлично переносилъ названную прибавку, но съ 19 Сентября у него сдѣлались сильныя поносы, разъ по пяти въ день, которые удалось остановить только къ 26 числу; больной опять сильно ослабѣлъ, у него появились боли подъ ложечкой, вѣсъ упалъ на 7 ф. Назначено опять одно молоко и *Bismuth.* Послѣ этого чрезъ недѣлю боли стихли, но вѣсъ не поднялся, больной вышелъ изъ клиники безъ болей, но слабымъ и сильно истощеннымъ, пробывши въ клиникѣ 33 дня. На дорогу получилъ *Bismuth* и совѣтъ долго пить одно молоко.

Случай IV.

Я. С. 41 года, поступилъ въ клинику 18 Сентября 1893 года. Жалуется на сильныя боли подъ ложечкой, въ лѣвомъ подреберьи, отдающія между лопатками; появляются боли послѣ ѣды и когда ложится на лѣвый бокъ. Заболѣлъ внезапно 9 Августа сего года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ хорошее; пища, главнымъ образомъ, растительная, — черный хлѣбъ и картофель съ селедкой, мясо ѣстъ очень рѣдко; пилъ пиво въ большомъ количествѣ и много водки. Спитъ достаточно. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей; выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи. Аппетитъ хорошій, жажда не усилена, ѣстъ очень быстро, вслѣдствіе чего часто глотаешь пищу мало пережеванную. Послѣ ѣды очень сильная боль подъ ложечкой и въ лѣвомъ подреберьи, иногда отрыжка и рвота. Со стороны кишечника въ настоящее время жалобъ никакихъ нѣтъ; въ началѣ заболѣванія нѣсколько разъ были дегтеобразныя испражненія. Со времени заболѣванія нѣсколько похудѣлъ, силы значительно ослабѣли, такъ что приходится отказываться отъ работы; это обстоятельство дѣйствуетъ угнетающимъ образомъ на душевное состояніе.

Анамнезъ. Заболѣлъ 9 Августа внезапно при подъемѣ тяжелаго камня; вдругъ сдѣлалась сильная боль подъ ложечкой и потомъ появились кровавая рвота и вскорѣ дегтеобразныя испражненія. Послѣ этого боли начали повторяться послѣ каждой ѣды, часа два спустя, изрѣдка больного вырывало принятой пищей; послѣ

рвоты боли прекращались; силы постепенно падали, и больной долженъ былъ прекратить свои обычные занятія. Весной настоящаго года перенесъ какую-то лихорадочную болѣзнь, которая тянулась два мѣсяца.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, вѣсъ 4 п. 3 ф., кожа смуглая, язвъ и рубцовъ нѣтъ; жиръ подкожной клѣтчатки развитъ умеренно, мышцы развиты хорошо. Видимыя слизистыя оболочки чуть блѣднѣе нормальнаго, губы сухи, языкъ слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Шейныя железы не увеличены. Легкія и сердце здоровы. Область эпигастрія нѣсколько вздута, прямые мышцы живота напряжены, это напряженіе съ лѣвой стороны выражено сильнѣе, чѣмъ съ правой; при надавливаніи сильная ограниченная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по l. parastern. sinistra; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты повышено, есть немного молочной кислоты; faeces ничего особеннаго не представляютъ, крови въ нихъ не найдено. Мочи 1000 к. с., уд. вѣсъ 1015, реакція кислая, патологическаго въ ней ничего нѣтъ. Нб. 75 %, красныхъ шариковъ 4 м., бѣлыхъ шар. 7232.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. — Лѣченіе: питаніе исключительно однимъ молокомъ; внутрь пилюли съ Arg. nitric. и extr. bellad. Улучшеніе состоянія больного подѣянъ этимъ лѣченіемъ пошло очень быстро, такъ что къ 3 Октября, т. е., чрезъ 15 дней послѣ поступленія, боли не осталось и слѣда, равно исчезла и отрыжка; рвоты въ клиникѣ не было ни разу, и черезъ 30 дней пребыванія въ клиникѣ, больной вышелъ совершенно здоровымъ. Вѣсъ замѣтныхъ колебаній не давалъ, ко дню выписки прибавился на 1 фунтъ.

Случай V.

М. Л., 28 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25 Сентября 1893 года. Больной жалуется на боли въ подложечной области, которыя усиливаются послѣ ѣды и при движеніи, кромѣ того у больного отрыжка, изжога, рвота и запоры. Хвораешь уже три мѣсяца.

Условія и образъ жизни больного. Больной эстонецъ, занимается земледѣліемъ, живетъ въ плохомъ помѣщеніи, гдѣ зимой сыро и холодно, одежду носить сообразно времени года, но обыкновенно сильно перетягивается поясомъ. Пища у него смѣшанная, но преобладаетъ растительная, ѣстъ много черного хлѣба и картофеля, любитъ пищу горячую, спиртныхъ напитковъ употребляетъ мало; курить очень много. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошій, жажда нѣсколько усилена; послѣ ѣды усиленіе болей подъ ложечкой, которыя становятся легче послѣ рвоты; рвота и боли появляются послѣ каждого приема пищи, равно — отрыжка и изжога; иногда бываетъ запоръ по три дня, но въ испражненіяхъ ничего не замѣтилъ. Во время работы, особенно въ послѣднее время, сталъ замѣчать одышку и сердцебіеніе. Сонъ во время болѣзни сталъ плохой; замѣтно нѣкоторое похуданіе и потеря силъ.

Анамнезъ. Три мѣсяца тому назадъ больной, во время работы въ полѣ, внезапно почувствовалъ боль въ животѣ въ подложечной области, головокруженіе и очень большую слабость. Эта послѣдняя была настолько велика, что больной не могъ самъ идти домой и его принесли на рукахъ; на другой день послѣ этого у больного сдѣлалась

рвота, которая не прекращается и теперь, но крови въ рвотѣ онъ никогда не замѣчалъ, равно и въ испражненіяхъ ничего не было замѣчено особеннаго. Недѣлю спустя, больной почувствовалъ себя лучше и снова принялся за работу, но усиленіе болей, рвота и увеличивающаяся слабость заставили его отказаться отъ работы и поступить въ клинику. До настоящаго заболѣванія всегда былъ здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 4 п. 20 ф.; кожа и слизистыя оболочки нормальной окраски; жиръ подкожной клѣтчатки и мышцы развиты достаточно. Губы нѣсколько сухи, языкъ чуть-чуть обложенъ бѣловатымъ налетомъ; изъ лѣваго уха замѣчается гноетеченіе (нарывъ на передней стѣнкѣ наружнаго слуховаго прохода); лимфатическія железы шеи не увеличены. Легкія и сердце здоровы. Животъ не вздутъ, прямыя мышцы живота напряжены, при надавливаніи сильная болѣзненность въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты повышено; со стороны кишечника никакихъ измѣненій не найдено, крови въ испражненіяхъ нѣтъ. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1018, ничего патологическаго въ ней не найдено. Нв. 75%, красныхъ шариковъ 4 м., бѣлыхъ шариковъ 6500.

Діагнозъ: *Ulcus ventriculi*. — Больному дано исключительно одно молоко; назначены пилюли изъ *Arg. nitric.* съ *extr. bellad.* Больной пробылъ въ клиникѣ 18 дней и выписался совершенно здоровымъ.

Status 13/X. Больной чувствуетъ себя удовлетворительно, — боли подъ ложечкой совершенно прошли, также — отрыжка и изжога; спать хорошо. За время пребыванія

въ клиникѣ рвало три раза. Вѣсъ 4 п. 33 1/2 ф. Прибавка вѣсу 12 фунтовъ.

Случай VI.

Э. В., 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику 29 Сентября 1893 года, жалуясь на общую слабость, головокруженіе, сильныя боли въ подложечной области, усиливающіяся послѣ ѣды и при движеніи, боли иногда переходятъ и въ спину между лопатками, нѣсколько стихаютъ послѣ рвоты. Считаетъ себя больнымъ около двухъ мѣсяцевъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, батракъ, занимается земледѣліемъ, живетъ при очень дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, въ сырой мѣстности; помѣщеніе имѣетъ тѣсное, въ которомъ, кромѣ него, помѣщается еще нѣсколько человѣкъ рабочихъ. Питается исключительно растительной пищей, мяса никогда не ѣстъ; обыкновенная ѣда состоитъ изъ чернаго хлѣба, картофеля съ селедкой, супъ и каша, иногда получаетъ молоко; спиртныхъ напитковъ не употребляетъ; курить довольно много. Спитъ 6 часовъ въ сутки. Холостъ.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, жажда не усилена, пищу перевариваетъ плохо — торопится; послѣ ѣды иногда отрыжка и изжога, усиленіе боли подъ ложечкой и рвота; стулъ каждый день, раньше былъ темнаго цвѣта. Со времени заболѣванія нѣсколько поблѣднѣлъ, и ослабѣлъ, но исхуданія не замѣчаетъ; спать не всегда хорошо — мѣшаютъ боли; замѣчаетъ головокруженіе при вставаніи съ постели.

Анамнезъ. Около двухъ мѣсяцевъ назадъ, при поднятіи тяжести, больной почувствовалъ сразу силь-

ную боль въ животѣ, головокруженіе и слабость; на другой день въ испражненіяхъ онъ замѣтилъ кровь темнаго цвѣта. Больной сразу ослабѣлъ настолько, что не могъ работать, что и заставило его поступить въ клинику. Раньше всегда былъ здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 14 ф. Цвѣтъ кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ нормаленъ; жиръ подкожной клѣтчатки и мышцы развиты хорошо; губы нѣсколько суховаты, языкъ ближе къ корню обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Легкія и сердце здоровы. Животъ не вздутъ, прямые мышцы живота напряжены, при ощупываніи — сильная боль, локализованная въ лѣвомъ подреберьи на *linea parasternalis sinistra*; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты повышено. Со стороны кишекъ ничего не найдено ненормальнаго, крови въ испражненіяхъ нѣтъ. Мочи 1000 к. с. реакція кислая, уд. вѣсъ 1015, ничего патологическаго въ ней не найдено. Кровь нормальна.

Діагнозъ: *Ulcus ventriculi*. . . . Больному назначена молочная діета. Пробылъ онъ въ клиникѣ 50 дней и все время принималъ пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* 9 Ноября выписанъ совершенно здоровымъ. Съ 25 Октября всѣ болѣзненные явленія исчезли, больной чувствуетъ себя хорошо, только остались запоры и незначительныя головокруженія. Вѣсъ больного прибавился на 6 1/4 фунтовъ.

Случай VII.

Я. Л., 31 года, поступилъ въ клинику 28 Октября 1893 года. Больной жалуется на постоянныя сильныя боли въ области желудка; боли усили-

ваются послѣ ѣды, при стояніи и лежаньи на лѣвомъ боку; самое удобное положеніе для больного — на спинѣ. Иногда одновременно съ болями въ области желудка появляются боли въ поясницѣ; боли имѣютъ рѣжущій характеръ. Тяжело боленъ уже два года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается кузнечнымъ мастерствомъ, часто получаетъ удары въ животъ копытами лошадей; жилище имѣетъ плохое, пища по преимуществу растительная — черный хлѣбъ, капуста и картофель; мясо ѣстъ рѣдко; До заболѣванія выпивалъ 2 бутылки пива въ день. Женатъ, имѣетъ 2 дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ и теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ удовлетворительный, жажда не усилена, пищу жуетъ хорошо, глотаніе свободно. Послѣ ѣды иногда отрыжка, изжога и рвота; послѣ принятія пищи всегда усиленіе боли въ подложечной области; иногда стулъ бываетъ задержанъ на 2 дня, въ испражненіяхъ крови не замѣтилъ. Бываетъ сердцебіеніе при тяжелой работѣ. За время болѣзни потерялъ вѣсу около пуда; силы ослабѣли настолько, что работать уже не можетъ. Спитъ хорошо, когда нѣтъ боли.

Анамнезъ. Впервые боли появились 7 лѣтъ назадъ и локализовались въ подложечной области; боли эти чрезъ мѣсяць прошли и съ новой силой повторились чрезъ пять лѣтъ; теперь онѣ находятся въ лѣвомъ подреберьи. До настоящаго заболѣванія всегда отличался хорошимъ здоровьемъ.

Объективное изслѣдованіе больного. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 20 ф., кожа немного блѣднѣе нормальнаго, жиръ подкожной клѣтчатки развитъ слабо, мышцы хорошо развиты,

легкія и сердце здоровы. Животъ немного вздутъ, прямыя мышцы живота нѣсколько напряжены, при надавливаніи — чувствительность въ области желудка и сильная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по *linea parasternalis sinistra*; желудокъ представляется нѣсколько увеличеннымъ. Содержаніе соляной кислоты не повышено. Моча нейтральной реакціи, количество 400 к. с., уд. вѣсъ 1026.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi*. — Больному назначено молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Положеніе больного начало быстро улучшаться, боли стали гораздо слабѣе, рвоты совсѣмъ нѣтъ, силы нѣсколько прибавились, и больной, въ силу домашнихъ обстоятельствъ, чрезъ 2 недѣли оставилъ клинику; вѣсу прибавилось 2½ ф.

Случай VIII.

Я. С., 30 лѣтъ, поступилъ въ клинику 19 Ноября 1893 года, жалуясь на постоянную боль подъ ложечкой, послѣ ѣды боль усиливается, съ болями подъ ложечкой совпадаютъ боли въ области обѣихъ лопатокъ и въ спинѣ; также вскорѣ послѣ ѣды появляются тошнота и рвота, послѣ чего боли проходятъ. Заболѣлъ годъ назадъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ плохое, пища почти исключительно растительная, мяса ѣстъ очень мало, обыкновенно съѣдаетъ въ день 2 ф. черного хлѣба, до 1 фунта кислой капусты и 30 штукъ картофеля съ селедкой; пиво и водку пьетъ рѣдко и понемногу; курить очень много. Сонъ былъ достаточный. Женатъ, имѣетъ 4 дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, жажда бываетъ сильная во время

изжоги; послѣ ѣды кислая отрыжка и изжога; страдает по три дня запорами; три недѣли назадъ нѣсколько разъ были дегтеобразныя испражненія. За время болѣзни похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы значительно упали. Спитъ плохо вслѣдствіе болей.

Анамнезъ. Уже года три больной замѣчаетъ, что у него послѣ принятія пищи появляется тяжесть подъ ложечкой, изжога, кислая отрыжка и иногда — боль; эти явленія постепенно усиливались и къ нимъ присоединилась еще и рвота, послѣ которой болевые ощущенія ослабѣвали, наконецъ, боль и рвота стали повторяться ежедневно и по нѣсколько разъ. Въ Іюнѣ настоящаго года у больного была нѣсколько разъ кровавая рвота, кровь была чернаго цвѣта. Съ этого времени боль въ желудкѣ значительно увеличилась; три недѣли назадъ у больного опять была рвота кровью, въ испражненіяхъ тоже замѣчалась кровь. — Въ дѣтствѣ перенесъ корь. Въ военной службѣ у больного часто бывали поносы.

Объективное изслѣдованіе больного. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 37 ф.; кожа блѣднаго цвѣта, тургоръ ея ослабленъ, язвъ и рубцовъ нѣтъ, жиръ подкожной клѣтчатки развитъ слабо, мышцы хорошо развиты; слизистыя вѣкъ и носа блѣдной окраски; губы и десны блѣдны; языкъ слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Легкія и сердце здоровы. Животъ немного вздутъ въ верхней части, прямыя мышцы живота напряжены, при надавливаніи сильная болѣзненность въ подложечной области; желудокъ нѣсколько увеличенъ; содержаніе соляной кислоты не повышено. Мочи 1000 к. с., реакція слабокислая, уд. вѣсъ 1017, ничего патологическаго не содержитъ.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi*. — Больной пробылъ въ кли-

никѣ 30 дней; все время онъ получалъ только молоко и изъ лекарствъ пилюли съ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Съ пятаго дня пребыванія въ клиникѣ больной началъ чувствовать себя лучше, отрыжка и изжога стали слабѣе и, наконецъ, совсѣмъ исчезли; а съ 16 дня и боль перестала появляться. Рвоты не было ни разу. Вѣсъ къ 8 дню пребыванія въ клиникѣ упалъ на 10 фунтовъ, а потомъ началъ постепенно нарастать и ко дню выхода изъ клиники былъ на 1 фунтъ болше первоначальнаго вѣса. 19 Декабря больной вышелъ изъ клиники совершенно здоровымъ, остались только запоры.

Случай IX.

А., 24 лѣтъ, поступила въ клинику 13 Января, 1894 г. Больная жалуется на боль, рѣжущаго характера, въ правомъ подреберьи, усиливающуюся послѣ ѣды, и переходящую въ спину, также — на отрыжку, изжогу и на запоры. Захворала съ Апрѣля 1893 года.

Условія и образъ жизни больной. Больная эстонка, находится въ услуженіи у крестьянина, занимается полевыми работами и дома — по хозяйству; живетъ въ плохомъ помѣщеніи: питается смѣшанной пищей, т. е., ѣстъ мясо и растительную пищу, послѣдняя преобладаетъ, чаю, кофе и спиртныхъ напитковъ почти не пьетъ. Сонъ лѣтомъ не достаточный, приходится рано вставать и поздно ложиться спать. Больная не замужемъ.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ хорошій, жажда не усилена; послѣ ѣды появляется сильная боль подъ ложечкой, отрыжка, изжога, тошнота и иногда рвота; послѣдняя наступаетъ или тотчасъ послѣ принятія пищи, или много часовъ спустя. Нѣсколько разъ была рвота темнаго цвѣта, кромѣ того у больной

запоры, ее не слабитъ дня по три, по четыре. Со времени болѣзни регулы прекратились. Изрѣдка бываетъ кашель съ небольшимъ количествомъ мокроты. Со времени заболѣванія сильно похудѣла и поблѣднѣла, сила значительно уменьшилась. Спитъ плохо — мѣшаютъ боли. На кожѣ замѣчаетъ зудящую сыпь, поту нѣтъ.

Анамнезъ. Заболѣла въ Апрѣлѣ прошлаго года; болѣзнь, по словамъ больной, началась внезапно: она вдругъ почувствовала во время работы сильную боль въ животѣ, вскорѣ за симъ послѣдовала рвота кровью. Съ этого времени кровавая рвота была нѣсколько разъ, боль же появлялась всякій разъ послѣ ѣды, равно отрыжка и изжога; впоследствии присоединились и запоры. Раньше была всегда здорова.

Объективное изслѣдованіе. Больная средняго роста, слабаго тѣлосложенія, вѣсъ 2 п. 10 ф., кожа суха и блѣдна, во многихъ мѣстахъ покрыта сыпью (Scabies); жиръ подкожной клѣтчатки и мышцы очень слабо развиты; слизистая оболочка вѣкъ и носа блѣдна; губы, десны и слизистая рта тоже блѣднаго цвѣта, языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены. Jugulum sterni и обѣ надключичныя впадины сильно выражены; грудь длинная, узкая, ребра далеко отстоятъ одно отъ другого. Изслѣдованіе легкихъ ничего ненормальнаго не обнаружило. Сердце здорово. Животъ сильно втянутъ, прямые мышцы живота нѣсколько напряжены, при надавливаніи сильная, ограниченная болѣзненность, по linea parasternalis dextra на три поперечныхъ пальца ниже края реберъ. Границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты не повышено. Мочи 1800 к. с., кислой реакціи, удѣльный вѣсъ 1017, ничего патологическаго въ себѣ не содержитъ.

Діагнозъ: Ulcus ventriculi. — Больной назначена молочная

діета. Изъ лекарствъ даны пилюли съ Arg. nitric. и extr. belladonae, которыя она принимала во все время пребыванія въ клиникѣ, т. е., 43 дня. Выписалась изъ клиники 26 Февраля совершенно здоровой; отрыжка, изжога и рвота совершенно прекратились; также и боль послѣ ѣды перестала появляться. Улучшеніе въ состояніи больной начало наблюдаться послѣ 20 дней пребыванія въ клиникѣ. Вѣсъ больной понизился на 2½ фунта.

Случай X.

Н. С., 64 лѣтъ, поступилъ въ клинику 19 Февраля, 1894 г. Больной жалуется на постоянныя, рѣжущія боли въ подложечной области и на очень упорныя запоры; больнымъ считаетъ себя около пяти лѣтъ. За двѣ недѣли до поступленія въ клинику у больного была обильная кровавая рвота.

Условія и образъ жизни больного. Больной, русскій, ремесленникъ, постоянно живетъ въ Юрьевѣ при довольно сносной обстановкѣ. Со стороны діеты особыхъ погрѣшностей не было; спиртныхъ напитковъ вовсе не употребляетъ; столъ имѣетъ разнообразный, мясо ѣстъ каждый день. Спаль достаточна. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей; выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо, вслѣдствіе отсутствія многихъ зубовъ; при глотаніи боль въ зѣвѣ; послѣ ѣды отрыжка и изжога и очень сильная боль въ подложечной области, которая отдаетъ въ спину; стулъ задержанъ, безъ клистира совершенно не бываетъ испражнений. При подъемѣ на гору у больного бываетъ одышка и сердцебиеніе. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы

упали. По временамъ бываютъ головокруженіе и головная боль, иногда плохой сонъ вслѣдствіе болей въ подложечной области. Слухъ и зрѣніе въ послѣднее время стали слабы.

Анамнезъ. Заболѣлъ пять лѣтъ назадъ. Болѣзнь развивалась постепенно; вначалѣ появились отрыжка и изжога, затѣмъ стали появляться послѣ ѣды боли подъ ложечкой, изрѣдка бывала рвота; въ началѣ Февраля больного одинъ разъ вырвало кровью. Съ этихъ поръ силы постепенно стали падать, что и заставило больного поступить въ клинику. До настоящаго заболѣванія другихъ болѣзней не было.

Объективное изслѣдованіе. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 4 п. 6 фунтовъ, кожа нормальной окраски, тургоръ ея ослабленъ, язвъ и рубцовъ нѣтъ, кожныя вены расширены на обѣихъ ногахъ; жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы тоже; слизистая оболочка вѣкъ блѣдной окраски; слухъ ослабленъ, гноетеченія изъ ушей нѣтъ: губы и десны блѣдны, нѣсколькихъ коренныхъ зубовъ не достаётъ, языкъ не обложенъ; обѣ миндалины припухли и интенсивно краснаго цвѣта; лимфатическія железы шеи не увеличены. Грудная клѣтка бочкообразной формы, при аускультации, кромѣ слегка жесткаго везикулярнаго дыханія, ничего не обнаружено. Лѣвая граница сердца отодвинута до l. mamillaris sinistra, толчекъ на нормальномъ мѣстѣ, тоны чисты; артеріи жестки и извиты, пульсъ 84 удара въ минуту, нѣсколько аритмиченъ. Величина и форма живота ничего особеннаго не представляютъ, прямые мышцы живота напряжены, слѣва болѣе, чѣмъ справа; при надавливаніи сильная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты нѣсколько повышено. Мочи 900

к. с., уд. вѣсъ 1018, реакція кислая, ничего ненормальнаго въ ней не найдено.

Діагнозъ. Angina catharrhalis, arteriosclerosis, Ulcus ventriculi. — Для зѣва дано полосканіе изъ 3% раствора acidі borici. Для желудка назначена молочная діета и пилюли изъ Argenti nitrici съ extr. bellad., которыя больной принималъ въ теченіе двухъ недѣль, но облегченія своимъ страданіямъ не получилъ; боли были очень сильны, появлялись то послѣ ѣды, то ночью; ночью не только не могъ спать, а даже лежать не было никакой возможности и больной просиживалъ на кровати цѣлыя ночи, согнувшись впередъ, что нѣсколько облегчало его страданія; примѣненіе различныхъ болеутоляющихъ не приносило никакой пользы. Ввиду безполезности, ляписъ былъ замѣненъ Bismuth'омъ по 1,0, три раза въ день въ стаканѣ воды, но примѣненіе и этого средства также оказалось безрезультатнымъ, страданія нисколько не уменьшались. Вѣсъ больного не упалъ и не прибавился ко дню выхода изъ клиники. Ввиду безрезультатности терапіи больному была предложена операція, на которую онъ не согласился и 24 Марта выписался изъ клиники безъ улучшенія.

Случай XI.

Г. С., 43 лѣтъ, поступилъ въ клинику 10 Августа 1894 года, жалуясь на сильную, постоянную боль въ подложечной области, усиливающуюся послѣ ѣды, на кровавую рвоту и поносы на головную боль, головокруженіе, обмороки и общую слабость. Боленъ 2 года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, мелкій землевладѣлецъ, эстонецъ, живетъ въ достаткѣ, тяжелой работой себя не обременяетъ; имѣетъ хорошее жилище, питается хорошо, ѣстъ смѣшанную пищу, главнымъ

образомъ, мясо и молоко, черного хлѣба и картофеля употребляетъ мало. Пьетъ много горячаго чаю, стакана 2—3 утромъ и отъ 6 до 10 вечеромъ; спиртными напитками не злоупотребляетъ, курить очень много — до 70 папиросъ въ день; спать достаточно. Женатъ, у жены выкидышей не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, но ѣсть рѣдко, чтобы не вызывать усиленія боли; жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо — обыкновенно торопится ѣсть. Послѣ ѣды отрыжка, изжога, боль въ подложечной области, тошнота, иногда рвота съ кровью; бываютъ запоры, смѣняющіеся поносами; въ послѣднее время началъ замѣчать, что испражнения у него темны, какъ деготь. Боль изъ подложечной области послѣ ѣды переходитъ въ лѣвое подреберье и иногда отдаетъ въ спину. На органы дыханія не жалуется, а сердцебиеніе бываетъ сильное при малѣйшемъ движеніи. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ; спать не всегда хорошо, мѣшаютъ боли подъ ложечкой, головныя боли въ затылкѣ и во лбу. Въ послѣднее время замѣчаетъ головокруженіе при подниманіи головы, обмороки и полный упадокъ силъ — безъ посторонней помощи не можетъ измѣнить положенія въ кровати.

Анамнезъ. Лѣтъ пять назадъ у больного начали появляться по временамъ отрыжка и тяжесть послѣ ѣды, и изрѣдка бывала рвота, особенно послѣ пріема твердой пищи. Рвота наступала или тотчасъ послѣ ѣды, или долгое время спустя. Такъ дѣло тянулось до Іюня сего года, когда боли въ подложечной области усилились и больного начало часто рвать, во рвотѣ сталъ замѣчать кровь. Сначала ея было немного, а предъ поступленіемъ въ клинику вмѣстѣ съ рвотой стала выдѣляться масса крови;

послѣ такихъ кровотеченій больной впадалъ обыкновенно въ обморокъ; больной совершенно потерялъ силы, страшно исхудалъ и поблѣднѣлъ. Съ появленіемъ кровавой рвоты началъ замѣчать, что и испражнения приняли дегтеобразный видъ. — Въ молодости перенесъ какую то болѣзнь, которая тянулась три недѣли и сопровождалась лихорадкой.

Объективное изслѣдованіе больного. Больной высокого роста, средняго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 10¹/₂ ф., цвѣтъ кожи восковидноблѣдный, тургоръ ея ослабленъ, жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ; мышцы дряблы. На головѣ вездѣ сильная чувствительность; слизистая оболочка вѣкъ и носа поразительно блѣдна; такая же блѣдность губъ и слизистой оболочки рта и зѣва; языкъ суховатъ, слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены. Легкія здоровы; границы сердца нормальны, вмѣсто перваго тона у верхушки шумъ; пульсъ 90 ударовъ въ минуту, артеріи не извиты, мягки, слабаго наполненія. Животъ слегка втянутъ, есть незначительное напряженіе прямыхъ мышцъ живота; замѣчается, при давленіи, незначительная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra; границы желудка нормальны; изслѣдованіе желудочнаго содержимаго, ввиду тяжелаго положенія больного, произведено не было; faeces темнаго цвѣта, кашицеобразны, при изслѣдованіи найдены кристаллы гемина. Мочи 1500 к. с., слабо кислой реакціи, уд. вѣсъ 1020, въ ней ничего ненормальнаго не найдено.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. Anaemia. — Больному назначено исключительно одно молоко и пилюли изъ Argent. nitric. и extr. bellad.

11/VIII. Больной лежитъ въ постели безъ движенія съ полужакрытыми глазами, мертвенная блѣдность кожи; слабость настолько велика, что больной не можетъ двинуть

ни однимъ членомъ; пульсъ частъ и слабъ. Сильная боль во лбу и затылкѣ. Выпилъ $\frac{1}{2}$ стакана молока, послѣ чего сдѣлалась невыносимая боль въ подложечной области, пришлось больному дать морфій, послѣ чего боль стихла. Рвоты и стула не было.

12/VIII. Положеніе тоже самое. Для очищенія кишечника больному сдѣлано промывательное, послѣ котораго его нѣсколько прослабило.

13/VIII. Боль въ подложечной области нѣсколько слабѣе. Промывательное — faeces дегтеобразны.

17/VIII. Положеніе тоже самое; слабило безъ клистира, faeces черного цвѣта. Ночью очень сильныя боли въ подложечной области, къ утру эти боли стихли.

18/VIII. Боль нѣсколько слабѣе. Стулъ безъ крови.

23/VIII. Боль въ подложечной области значительно слабѣе, по ночамъ не будить больного, онъ спитъ покойно, чувствуетъ себя бодрѣе.

24/VIII. Два жидкихъ испражненія желтаго цвѣта; очень сильная боль подъ ложечкой.

25/VIII. Idem. Въ виду сильной боли и поноса назначенъ Bismuthi subnitrici по 0,5 четыре раза въ день.

26/VIII. Поносъ прекратился. Боль подъ ложечкой нѣсколько сильнѣе предыдущихъ дней.

27/VIII. Силы больного лучше, боль меньше; пьетъ молока больше. Стулъ, при клистирѣ, безъ крови.

5/IX. Болей больной больше не чувствуетъ, можетъ приподнять голову безъ особаго головокруженія; силы прибавляются; вѣсъ нѣсколько нарастаетъ; стулъ при клистирѣ. Въ общемъ положеніе больного значительно улучшилось. Самочувствіе хорошее. Боли въ головѣ слабѣе.

10/IX. Больной чувствуетъ себя хорошо, болей нигдѣ никакихъ нѣтъ, силы увеличиваются, вѣсъ нарастаетъ.

12/IX. Положеніе постепенно улучшается; вѣсъ прибавляется. Больному прибавили молочный супъ и 2 яйца.

15/IX. Больной чувствуетъ себя прекрасно, спитъ хорошо, болей нигдѣ никакихъ; блѣдность кожи не столь сильна, какъ въ началѣ. Висмутъ отмѣненъ и въ виду сильнаго малокровія, больному съ этого дня назначенъ Haemogallol 0,3 три раза въ день, который съ 8 Ноября былъ замѣненъ Ferratin'омъ въ той же дозѣ. Дана питательная пища. Съ этого времени улучшение положенія больного быстро пошло впередъ, онъ началъ вставать съ постели и при этомъ головокруженія не чувствовалъ, была только незначительная слабость. Послѣ 60 дневнаго пребыванія въ клиникѣ больной вышелъ совершенно здоровымъ; остались только запоры и значительная блѣдность. Изслѣдованіе крови дало Hb. 40 %, красныхъ 3,760,000, бѣлыхъ 7600. Вѣсу прибавило за время пребыванія въ клиникѣ 30 фунтовъ.

Намъ приходилось въслѣдствіи встрѣчать этого больного, — онъ значительно окрѣпъ, цвѣтъ покрововъ получилъ нормальную окраску, ѣсть можетъ все и боли послѣ ѣды подъ ложечкой не испытываетъ, но говоритъ, что иногда появляются по ночамъ скоропреходящія боли.

Случай XII.

Ю. Г., 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 6 Октября, 1894 года, жалуясь на постоянную боль подъ ложечкой, которая послѣ ѣды дѣлается невыносимой и перестаетъ только тогда, когда его вырветъ принятой пищей; боль распространяется иногда въ оба подреберья и въ спину, по временамъ бываетъ отрыжка. Заболѣлъ 5 лѣтъ тому назадъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной крестьянинъ, эстонецъ по народности, занимается земледѣліемъ,

жилище имѣть сносное, питается больше растительной пищей — черный хлѣбъ, овощи и въ большомъ количествѣ картофель, мясо ѣсть очень рѣдко, соленую рыбу (селедку) — довольно часто; пиво и водку употребляетъ въ умѣренномъ количествѣ, иногда напивался пьянъ. Холостъ.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ плохъ, жажда не усилена. Иногда бываетъ изжога и кислая отрыжка послѣ ѣды. Постоянныя боли въ подложечной области усиливаются послѣ ѣды и проходятъ только послѣ рвоты, рветъ послѣ каждого приема пищи; кровавой рвоты не было; стулъ каждый день твердой консистенціи, иногда слизь и кровь. Иногда замѣчается вздутіе живота. За время болѣзни поблѣднѣлъ и потерялъ вѣсу 20 ф., сила ослабѣла; по временамъ бываетъ головокруженіе при нагибаніи; спать не особенно хорошо, вслѣдствіе болей.

Анамнезъ. Заболѣлъ пять лѣтъ назадъ, вначалѣ боли были не постоянныя и не всякій разъ являлись послѣ ѣды, а бывали только тогда, когда больной очень переполнялъ желудокъ; въ дальнѣйшемъ боли начали появляться послѣ всякаго приема пищи и, наконецъ, сдѣлались постоянными, присоединилась рвота, которая съ Августа сего года стала сопровождать всякій приемъ пищи. Дѣло дошло до того, что больной былъ въ состояніи переносить только маленькія количества молока. До настоящей болѣзни былъ совершенно здоровъ; въ дѣтствѣ до 10 лѣтняго возраста у больного каждую осень и зиму опухали шейныя железы. Родственники всѣ здоровы.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 4 п. 2 ф., окраска кожи немного блѣднѣе нормальной; жиръ подкожной клѣтчатки

сохраненъ достаточно, мышцы развиты хорошо; слизистая оболочка лѣвой ноздри темнокраснаго цвѣта, губы и десны нормальной окраски, языкъ покрытъ бѣлымъ налетомъ; обѣ миндалины слегка припухли и краснѣе нормального; uvula толстѣе и коротокъ, отъ него съ лѣвой стороны идетъ небольшой отростокъ $\frac{1}{2}$ сант. длины, толщиной въ шведскую спичку. Шейныя и подчелюстныя железы слегка увеличены, не болѣзненны. Грудная клѣтка развита правильно, легкія и сердце здоровы. Животъ въ области эпигастрія нѣсколько вздутъ, прямыя мышцы живота слегка напряжены, при надавливаніи — сильная боль подъ ложечкой немного правѣе l. mediana; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты увеличено. Въ области толстыхъ кишокъ замѣчается чувствительность при давленіи и плескъ въ colon ascendens. Faeces буроватаго цвѣта, содержатъ немного слизи. Со стороны мочи ничего особеннаго не найдено, реакція ея слабо кислая, уд. вѣсъ 1022. Гемоглобина 45 %.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. — Больному назначены молочная діета и пилюли изъ Arg. nitric. и extr. bellad. Эти пилюли больной принималъ 20 дней, но онѣ мало приносили ему облегченія; вслѣдствіе этого Argent. было замѣнено Bismuth; улучшеніе всетаки медленно подвигалось впередъ; особенно долго держались боли и только послѣ 15 дней лѣченія Bismuth'омъ сдѣлались легче; остальные болѣзненные явленія прошли довольно скоро, изжоги не было уже черезъ недѣлю, а рвота послѣ двухъ недѣль болѣе не появлялась. Съ 20 Ноября больному были прибавлены мясной супъ и 2 бутылки кефиру, которыя онъ переноситъ отлично. Вообще съ прекращеніемъ болей, самочувствіе больного стало лучше, силы начали прибывать и онъ вышелъ изъ клиники совершенно здоровымъ, прибавившись въ вѣсѣ на 8 ф.

Случай XIII.

Г. Р., 35 лѣтъ, поступилъ въ клинику 7 Октября, 1894 года, жалуясь на колющую боль въ подложечной области, которая отдаетъ въ правое подреберье и спину, боль не постоянная; она появляется часа два спустя послѣ ѣды и при движеніи, иногда боль появляется и на тощій желудокъ; кромѣ того у больного отрыжка, изжога и рвота, послѣ которой обыкновенно боль проходитъ. Боленъ три года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, Лифляндской губ., жилище имѣетъ сносное, питается преимуществу растительной пищей, — хлѣба чернаго съѣдаетъ 2 ф. въ день и 1 штофъ картофеля, мясо и рыбу ѣстъ рѣдко, любитъ пищу горячую; за время болѣзни сталъ мало употреблять спиртныхъ напитковъ. Года четыре раньше, больной въ теченіи 5 лѣтъ былъ кабатчикомъ и тогда ему приходилось довольно часто напиваться пьянымъ или пивомъ, или водкой. Послѣ кабака больной началъ заниматься земледѣліемъ, приходилось нести тяжелую крестьянскую работу; спать мало. Женатъ, имѣетъ четырехъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ у больного очень хорошій, жажда усилена, во рту нѣсколько сухо, иногда кислый вкусъ; пищу пережевываетъ плохо — всегда торопится ѣсть и потому глотаетъ не пережеванные куски; послѣ ѣды всякій разъ чрезъ часъ или два появляется колющая боль подъ ложечкой, которая прекращается послѣ рвоты, также послѣ ѣды кислая отрыжка и изжога; стулъ твердый, но бываетъ каждый день. За время болѣзни сильно убавился въ вѣсѣ и поблѣднѣлъ, силы тоже упали. Сонъ у больного плохъ въ тѣ ночи, когда у него появляются боли.

Анамнезъ. Заболѣлъ три года назадъ. У больного начали появляться послѣ ѣды изжога и отрыжки, которые иногда сопровождались рвотой; далѣе къ этимъ явленіямъ присоединилась и боль, наступавшая послѣ приемовъ пищи. Боль сначала была незначительная, но потомъ сдѣлалась невыносимой и прекращалась только послѣ рвоты; въ большинствѣ случаевъ боль наступала чрезъ часъ послѣ ѣды. Въ дѣтствѣ перенесъ корь.

Объективное изслѣдованіе. Больной высокаго роста, средняго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 20 ф., представляетъ сильную степень исхуданія, тургоръ кожи ослабленъ, кожа нѣсколько блѣднѣе нормальнаго, на тыльной поверхности рукъ и ногъ экзема: жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы удовлетворительны; перегородка носа темнокраснаго цвѣта, на ней въ лѣвой ноздрѣ маленькая поверхностная язвочка. Губы сухи, языкъ чуть чуть обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Легкія и сердце здоровы. Животъ не вздутъ, прямые мышцы живота слегка напряжены, при давленіи ограниченная боль въ подложечной области; нижняя граница желудка доходитъ до *lin. umbilicalis*, содержаніе соляной кислоты не повышено. Мочи 1450 к. с., реакція кислая, уд. вѣсъ 1025, въ ней ничего патологическаго не найдено. Гемоглобину 55%, красныхъ шариковъ 4 м. 300 т., бѣлыхъ 7830.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi*. — Больному дано исключительно одно молоко и пилули изъ *Arg. nitric.* и *extr. belladonae*. Улучшеніе состоянія больного пошло очень быстро, такъ что къ 16 Октября всѣ явленія со стороны желудка исчезли; ни изжога, ни боль въ подложечной области съ этого дня болѣе не появлялись, а рвоты въ клиникѣ вовсе не было ни разу. Для поправленія питанія больного, ему назначена питательная діета и 2 бут. кефиру;

больной, ввиду удовлетворительнаго состоянія своего желудка, не пожелалъ долѣе оставаться въ клиникѣ и, послѣ 15 дневнаго въ ней пребыванія, вышелъ, нисколько не прибавившись въ вѣсѣ.

Случай XIV.

А. К., 36 лѣтъ, поступилъ въ клинику 24 Января 1895 г. съ жалобами на боль въ подложечной области и въ обоихъ подреберьяхъ; боль появляется послѣ ѣды и прекращается послѣ рвоты; рветъ принятой пищей; кромѣ того, больной страдаетъ запорами по 2 и по 3 дня. Болеетъ уже 5 лѣтъ, но за послѣдній годъ всѣ явленія значительно усилились.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣлемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное. Чаю пьетъ до 8 стакановъ въ день, чай горячій, спиртныхъ напитковъ почти не употребляетъ; пища смѣшанная, ѣстъ мясо, молоко, черный хлѣбъ и съѣдалъ въ день до 30 штукъ картофеля. Спитъ достаточно. Женатъ, имѣетъ троихъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошъ, жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо, вслѣдствіе торопливости; послѣ ѣды отрыжка, изжога, чувство тяжести и сильная боль въ подложечной области, которая проходитъ послѣ рвоты. Моча идетъ безъ боли, свободно, но мочится очень часто: разъ 12 днемъ и раза 2 ночью, въ мочѣ ничего особеннаго не замѣтилъ. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы ослабѣли; спитъ не всегда хорошо вслѣдствіе болей.

Анамнезъ. Больной хвораетъ уже пять лѣтъ; болѣзнь у него развивалась постепенно; сначала боли появлялись

рѣдко и не были очень сильны, но съ теченіемъ времени все усиливались и стали появляться послѣ каждой ѣды; очень усилились за послѣдній годъ. Раньше всегда былъ здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 24 ф., кожа нѣсколько блѣднѣе нормальной, тургоръ ея не ослабленъ, жиръ подкожной клѣтчатки развитъ плохо, мышцы хорошо. Видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Губы слегка суховаты, языкъ не обложенъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены. Легкія и сердце здоровы. Животъ не вздутъ, прямые мышцы живота напряжены, при надавливаніи — сильная боль, локализованная по l. parastern. sinistra въ подреберья; желудокъ увеличенъ, нижняя его граница доходитъ до l. umbilicalis; при изслѣдованіи содержимаго желудка найдены соляная въ нормальномъ количествѣ и уксусная кислоты; въ кишкахъ прощупываются каловыя массы. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1021, въ ней ничего патологическаго не найдено.

Діагнозъ. Ulcus et dilatatio ventriculi. — Больному назначена молочная діета. Внутрь въ первый день данъ для очищенія кишечника Calomel 0,06, sacchari 0,3 m. f. p. D. t. d. № 10 S. чрезъ часъ по порошку до дѣйствія; послѣ 6 порошковъ былъ обильный стулъ; для полосканія рта дано Solutio kali chlorici 3%. Для леченія желудка назначены пилюли изъ Arg. nitric. съ extr. belladonae; но это лекарство ввиду того, что оно не приносило пользы больному, на 20 день было замѣнено Magister. bismuth. по 1,0, — три раза въ день и больной быстро началъ поправляться. Онъ пробылъ въ клиникѣ 40 дней и выписался здоровымъ. Всѣ болѣзненные явленія исчезали постепенно: на 23 день прекратилась рвота, послѣ 30 дней боли уже ни разу не по-

являлись, равно не было ни отрыжки, ни изжоги; стулъ сдѣлался ежедневнымъ; силы больного прибавились, равно прибавился и вѣсъ.

Случай XV.

И. Ш., 28 лѣтъ, поступилъ въ клинику 2 Февраля, 1895 года. Больной жалуется на сильную боль въ подложечной области, наступающую послѣ каждой ѣды, боль рѣжущаго характера. Хвораетъ одинъ годъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной, русскій, старшій рабочій на желѣзной дарогѣ, живетъ давно возлѣ Валка (Лифлянд. губ.); квартиру имѣетъ хорошую, питается смѣшанной пищей: ѣстъ мясо, черный хлѣбъ, картофель, овощи; очень часто приходится питаться сухоѣденіемъ (колбаса, ветчина). Чаю и кофе пьетъ много, все это любитъ горячее, особенно зимой; спиртными напитками не злоупотребляетъ. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошій, жажда сильная, иногда бываетъ кислый вкусъ въ рту; пищу пережевываетъ очень плохо — постоянно торопится; послѣ ѣды — кислая отрыжка, иногда изжога и боль, которая тянется въ продолженіе трехъ часовъ; стулъ ежедневно, со стороны испражнений ничего особеннаго не замѣтилъ. Замѣчаетъ со времени заболѣванія небольшое исхуданіе и упадокъ силъ. Спитъ вообще мало, а въ послѣднее время спать иногда мѣшаютъ еще и боли.

Анамнезъ. Развилась болѣзнь постепенно. Вначалѣ боли были незначительны и появлялись не всякій день, потомъ онѣ усилились и стали появляться послѣ каждой ѣды; въ теченіе года больной нѣсколько разъ обращался

къ врачу, который давалъ ему какіе то порошки, облегчавшіе его страданія. До настоящаго заболѣванія былъ всегда здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста и тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 26 ф.; кожа нормальной окраски, тургоръ ея не ослабленъ; жиръ подкожной клѣтчатки развитъ умеренно, мышцы хорошо; видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Губы розоваго цвѣта, сухи, языкъ суховатъ, обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Легкія и сердце здоровы. Животъ представляется нѣсколько вздутымъ, прямыя мышцы живота напряжены, при надавливаніи — сильная болѣзненность подъ processus xiphoides, желудокъ нѣсколько растянутъ, содержаніе соляной кислоты повышено. Мочи 1000 к. с., реакція кислая, уд. вѣсъ 1020, въ ней ничего патологическаго не найдено.

Диагнозъ. Ulcus ventriculi. — Больному назначено исключительно одно молоко. Изъ лекарствъ назначены пилюли съ Arg. nitric. и extr. bellad. Пациентъ пробылъ въ клиникѣ ровно мѣсяцъ и выписался 2/III. совершенно здоровымъ. Все время пребыванія въ клиникѣ, принималъ названныя пилюли. Облегченіе больной началъ замѣчать на десятый день пребыванія въ клиникѣ: Отрыжка, изжога и боль совершенно прошли, самочувствіе улучшилось, силы прибавились. Вѣсъ въ началѣ упалъ на 6 фунтовъ, а потомъ постепенно началъ нарастать и ко дню выписки былъ 3 п. 30 ф. Послѣднія двѣ недѣли больной получалъ по 2 бутылки коровьяго кумысу въ день.

Случай XVI.

П. Т., 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику 9 Марта, 1895 г. Больной жалуется на постоянную боль въ подложечной

области, которая послѣ ѣды дѣлается невыносимой, равно боль обостряется и при движеніи, боль рѣжущаго характера, иногда эта боль переходитъ въ спину. Боленъ уже три года.

Условія и образъ жизни больного. Больной эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное, питается преимуществу растительной пищей, — ѣстъ много черного хлѣба и картофеля, мясо ѣстъ раза два въ недѣлю — большей частью солонину, спиртными напитками не злоупотребляетъ; курить не особенно много. Спитъ часовъ 7 въ сутки. Женатъ, имѣетъ двоихъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошій, жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо, — торопится ѣсть, послѣ ѣды рѣжущая боль въ подложечной области; запорами не страдаетъ, въ испражненіяхъ ничего не замѣтилъ. Со времени заболѣванія нѣсколько похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы упали.

Анамнезъ. Хвораетъ больной уже около трехъ лѣтъ. Болѣзнь развивалась постепенно; боли вначалѣ были не значительны, но въ послѣдній годъ стали невыносимы. Больной боится ѣсть, чтобы не усиливать болей, вслѣдствіе чего значительно ослабѣлъ. Ранѣе всегда былъ здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста и тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 22 ф.; кожа нормальной окраски; жиръ подкожной клѣтчатки развитъ умѣренно, мышцы и кости развиты хорошо. Языкъ слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены. Легкія и сердце здоровы. Животъ представляется запавшимъ, прямые мышцы живота напряжены, что болѣе всего выражено съ лѣвой стороны, при надавливаніи локализованная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по l. parastern. sinistra; границы желудка нормальны,

содержаніе Acid muriat. повышено. Мочи 1000 к. с., реакція кислая, уд. вѣсъ 1017, въ мочѣ ничего патологическаго не найдено.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. — Больному назначено молоко и пилюли изъ Arg. nitric. съ extr. bellad. Пациентъ пробылъ въ клиникѣ одну недѣлю и выписался, по домашнимъ обстоятельствамъ, безъ улучшенія. Вѣсъ за время пребывания въ клиникѣ упалъ на 1. фунтъ,

Случай XVII.

Г. З., 29 лѣтъ, поступила въ клинику 12 Апрѣля 1895 года. Больная жалуется на сильную боль въ подложечной области, которая появляется тотчасъ послѣ ѣды; боль эта переходитъ въ спину; на тощій желудокъ больная чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо. Заболѣла съ осени 1894 года.

Условія и образъ жизни больной. Больная еврейка, постоянно живетъ въ Юрьевѣ, помѣщеніе имѣетъ сносное, занимается домашнимъ хозяйствомъ, имѣетъ двоихъ дѣтей, спитъ въ сутки около 8 часовъ, но сонъ беспокойный — мѣшаютъ дѣти. Питается смѣшанной пищей, ѣстъ мясо, масло, рыбу, черный хлѣбъ и картофель; очень любитъ кислое, соленое, перецъ, горчицу, лукъ и проч., что до заболѣванія и употребляла въ большемъ количествѣ ежедневно. Спиртные напитки употребляетъ мало и рѣдко, чаю и кофе пьетъ очень мало.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ плохой, жажда не усилена, пищу пережевываетъ плохо, вслѣдствіе торопливости, глотаетъ большими кусками. Отрыжки и изжоги нѣтъ; послѣ ѣды сильная боль въ подложечной области; запорами не страдаетъ. За время болѣзни похудѣла на одинъ пудъ,

сила уменьшилась значительно, работать, какъ прежде, не можетъ, во время работы обливается потомъ. Часто страдаетъ головной болью въ лобной части и головокруженіями, которыя появляются всегда при нагибаніи и вставаніи съ постели. Больная очень раздражительна.

Анамнезъ. Заболѣла съ осени прошлаго года. Болѣзнь развивалась постепенно; сначала боли наступали не послѣ каждой ѣды и были скоропреходящи, потомъ онѣ сдѣлались сильнѣе и стали появляться послѣ каждого приѣма пищи. Въ дѣтствѣ перенесла корь и краснуху. Послѣ первыхъ родовъ 9 недѣль была больна; болѣзнь сопровождалась лихорадкой.

Объективное изслѣдованіе. Больная средняго роста и тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 20 ф., кожа блѣдно-грязнаго цвѣта, тургоръ ея ослабленъ; жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы въ удовлетворительномъ состояніи. Слизистая оболочка вѣкъ и носа блѣдно-розовой окраски. Губы и десны блѣдны, языкъ не обложенъ. Легкія и сердце здоровы. Животъ не вадутъ, прямыя мышцы живота напряжены, слѣва сильнѣе, чѣмъ справа, при надавливаніи — сильная болѣзненность въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты не увеличено. Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ 1018. Нв. 70 %, красныхъ шар. 4 м. 300 т., бѣлыхъ — 8000.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. — Больной назначена молочная діета. Лѣченъе: пилюли изъ Argent. nitric. съ extr. bellad. Больная пробыла въ клиникѣ 12 дней и выписалась, по домашнимъ обстоятельствамъ, съ значительнымъ улучшеніемъ.

Status 25/IV. Больная чувствуетъ себя хорошо, аппетитъ удовлетворительный, настроеніе духа хорошее, боли

подъ ложечкой незначительны, головокруженіе не столь сильное, какъ при поступленіи въ клинику. Вѣсъ не прибавился.

Случай XVIII.

А. О., 29 лѣтъ, поступила въ клинику 13 Сентября, 1895 года. Больная жалуется на сильныя рѣжущія боли въ подложечной области, наступающія послѣ ѣды, боли переходятъ также и въ спину; заболѣла 5 мѣсяцевъ назадъ; кромѣ того два послѣднихъ мѣсяца страдаетъ поносами, а до этого времени у нея обыкновенно были запоры.

Условія и образъ жизни больной. Больная, эстонка, занимается лѣтомъ полевыми работами, а зимой возлѣ дома по хозяйству; жилище имѣетъ удовлетворительное; чаю, кофе и спиртныхъ напитковъ вовсе не употребляетъ; питается больше растительной пищей, ѣстъ очень много картофеля; мясо и рыбу употребляетъ рѣдко. Спитъ 6—7 часовъ въ сутки. Замужняя, имѣетъ троихъ дѣтей, выкидышей не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ удовлетворительный, жажда не усилена, иногда чувствуетъ горькій вкусъ во рту, послѣ ѣды вскорѣ наступаютъ сильныя боли въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи; въ настоящее время испражненія жидкія, 5—6 разъ въ день, крови и слизи въ стулѣ не замѣтила. Въ теченіи послѣднихъ пяти мѣсяцевъ менструаціи отсутствуютъ. Со времени болѣзни убавилась въ вѣсѣ на 20 фунтовъ, поблѣднѣла и ослабѣла. Спитъ плохо, иногда бываетъ головокруженіе.

Анамнезъ. Болѣзнь у больной появилась не сразу, а развивалась постепенно; вначалѣ боли были не очень сильныя, а потомъ сдѣлались невыносимы; больная мало

принимала пищи, боясь усиливать боли, вследствие чего сильно похудѣла и силы ея упали настолько, что послѣднія три недѣли лежить въ постели. До настоящаго заболѣванія была всегда здорова.

Объективное изслѣдованіе. Больная средняго роста и тѣлосложенія, вѣсъ 2 п. 32 ф., кожа блѣднаго цвѣта, тургоръ ея не ослабленъ, жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы развиты слабо. Видимыя слизистыя оболочки блѣднаго цвѣта. Легкія и сердце здоровы. Животъ нѣсколько вздутъ, прямыя мышцы живота напряжены, что съ лѣвой стороны выражено сильнѣе, чѣмъ съ правой; при надавливаніи — сильная болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra; границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты повышено. Область кишекъ неболезненна, въ толстыхъ кишкахъ замѣчается плескъ; испражненія жидкія, желтаго цвѣта, безъ особаго запаха, крови и слизи въ нихъ нѣтъ. Матка подвижна, находится въ ретрофлексіи и ретропозиціи, изъ нея выдѣляется небольшое количество прозрачной слизи, область яичниковъ болѣзненна. Мочи 900 к. с., уд. вѣсъ 1015, реакція кислая, въ мочѣ ничего патологическаго не найдено.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больной назначено молоко и пилюли изъ *Argent. nitric.* съ *extr. bellad.* Больная пробыла въ клиникѣ 10 дней и выписалась съ самымъ ничтожнымъ ослабленіемъ болей. Боли наступали всякій разъ тотчасъ послѣ принятія пищи, онѣ были сильны до того, что больная металась въ постели; продолжительность болей была около 2 часовъ. Во время припадка болей появлялся обыкновенно обильный потъ. Вѣсъ прибавился на 1 фунтъ.

Случай XIX.

А. П., дѣвица, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 27 Сентября, 1895 года, жалуясь на постоянныя, рвущія боли въ лѣвомъ подреберьи, которыя послѣ ѣды дѣлались невыносимыми и отдавали въ спину и лопатки. Заболѣла съ 11 лѣтнаго возраста и больна до настоящаго времени.

Условія и образъ жизни больной. Больная, крестьянка, латышка по народности, принадлежитъ къ очень бѣдной семьѣ, съ дѣтства и по настоящее время жила при очень плохихъ гигиеническихъ условіяхъ, выполняя тяжелую крестьянскую работу; при этомъ пища была грубая, питалась, главнымъ образомъ, картофелемъ, котораго съѣдала до 30 штукъ въ день, мясо употребляла очень рѣдко; спиртныхъ напитковъ не пьетъ, чай пьетъ очень рѣдко.

Распростъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ плохъ, жажда очень сильная, во рту постоянно сохнетъ. Послѣ принятія пищи — тяжесть въ подложечной области, отрыжка и очень сильная боль; раза два въ недѣлю бываетъ рвота непереваренной пищей. Рвота наступаетъ или тотчасъ послѣ принятія пищи, или часъ спустя. Крови въ рвотѣ никогда не замѣчала. Кишечникъ работаетъ плохо, испражнений не бываетъ иногда по три недѣли; *faeces* очень сухи, ни слизи, ни крови въ нихъ не замѣтила. Послѣдніе 4 мѣсяца вовсе не менструируетъ, а ранѣе мѣсячныя, появившись первый разъ на 19 году, приходили черезъ 4 недѣли и сопровождались болями въ крестцѣ и внизу живота; послѣднія боли появляются иногда и теперь, часто совпадаютъ съ болями, которыя появляются въ подреберьи и возлѣ пупка. Больная не лихорадитъ, сильно похудѣла и поблѣднѣла, особенно за послѣдніе два мѣсяца; спитъ плохо вследствие болей; жалуется на головную боль и боль въ спинѣ, которыя

появляются одновременно съ болями въ подреберья. Силы больной упали. Во время приступа болей, появляется обильный потъ.

Анамнезъ. Больна съ одиннадцати лѣтъ, начала болѣзни не помнитъ. По временамъ бываетъ улучшение, которое наступаетъ или само собой, или послѣ леченія. Это улучшение не было однако продолжительно: боли возобновлялись и больная опять невыносимо страдала. Въ послѣдніе два мѣсяца положеніе больной ухудшилось, силы ея ослабѣли, она очень похудѣла и поблѣднѣла, а боли стали невыносимы, при чемъ очень рѣдко стихали совсѣмъ. Къ этимъ болямъ присоединились еще боли внизу живота, которыя съ прекращеніемъ мѣсячныхъ усилились.

Объективное изслѣдованіе. Больная среднего роста, слабаго тѣлосложенія, вѣсъ 2 п. 26 $\frac{3}{4}$ ф., представляетъ значительную степень исхуданія; тургоръ кожи ослабленъ; кожа блѣдно-грязнаго цвѣта; жиръ подкожной клѣтчатки и мышцы атрофированы. Губы сухи, блѣдно-розоваго цвѣта, языкъ слегка обложенъ бѣловатымъ налетомъ. На шеѣ ничего особеннаго не замѣчается, кромѣ сильно выраженныхъ *m. m. Sterno-cleidomastoidei*. Значительная болѣзненность мускуловъ груди при ощупываніи; лѣвое подключичное пространство запало болѣе, чѣмъ правое. Объективное изслѣдованіе легкихъ никакихъ измѣненій не обнаружило, равно и кровеносная система отступленій отъ нормы не представляетъ. Область эпигастрія представляется сильно втянутой, мезогастріумъ и гипогастріумъ равномерно и слегка вздуты. При ощупываніи — сильная болѣзненность въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи по *l. parasternalis sinistra*, при надавливаніи на это мѣсто боль расходится по всему животу и отдаетъ въ спину. Прямая мышца живота очень напряжена; это напря-

женіе сильнѣе выражено съ лѣвой стороны. Вообще при ощупываніи весь животъ представляется болѣзненнымъ. При перкуссіи вездѣ тимпаническій тонъ, кромѣ мѣста, ограниченнаго линіями: лѣваго подреберья, *l. l. mediana, axillaris anterior et umbilicalis*, гдѣ перкуторный тонъ притупленно тимпаническій. Желудокъ увеличенъ; нижняя его граница заходитъ ниже *l. umbilicalis* сантиметра на два; изслѣдованія желудочнымъ зондомъ произведено не было за невозможностью его ввести, вслѣдствіе протестовъ больной. *Faeces*, полученные послѣ клистира, тверды и сухи, кромѣ слизи въ нихъ ничего особаго не найдено. Мочи 600 к. с., реакція слабо кислая, уд. вѣсъ 1020, патологическаго ничего въ себѣ не содержитъ. Всѣ мышцы шеи, спины, груди, живота и конечностей очень болѣзненны.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi et dilatatio*. — Больной назначено молоко и пилюли изъ *Argent. nitric. et extr. bellad.*, которыя впослѣдствіи были замѣнены *Magister. bismuthi* по 1,0 шесть разъ въ день, иногда къ Висмуту прибавлялось и *extr. opii aquosi* во время усиленія болей; но болеутоляющія приносили мало облегченія и то не всегда. Страданія больной были ужасны: во время усиленія болей, съ ней дѣлались судороги, ей сводило ноги и руки, гнуло назадъ спину, шейныя мышцы напрягались до такой степени, что имѣли твердость дерева, на лбу выступалъ холодный потъ. Изъ всѣхъ позъ она предпочитала лежанье на лѣвомъ боку, пригнувши ноги къ животу. Ужасная, невыносимая боль продолжалась часа по три, по четыре; наступала обыкновенно послѣ принятія пищи, а иногда приступы бывали и ночью. Во время этихъ приступовъ больная кричала и стонала. Большей частью приступы оканчивались рвотой, рвало принятой пищей; кровавая рвота была въ клиникѣ 4 раза. Недѣли двѣ спустя

послѣ поступленія въ клинику, у больной въ теченіе недѣли было нѣкоторое улучшение — боль, хотя и была, но не очень сильная; но потомъ всѣ болѣзненные явленія ожесточились. Невыносимая боль, постоянная рвота и полное отсутствіе аппетита — окончательно истощили больную, и она 12 Ноября скончалась, пробывши въ клиникѣ 46 дней. Въ вѣсѣ потеряла 10 фунтовъ. Больной нѣсколько разъ была предлагаема операція для радикальнаго излеченія, но она отъ операціи отказалась.

Протоколъ вскрытія.

Анна Пургальс, 30 а. п.

Сконч. 12/XI 95 г.

Вскрытіе 15/XI 95 г.

Клиническій діагнозъ. *Ulcus ventriculi et dilatatio.* — Трупъ довольно истощенный съ почти полнымъ отсутствіемъ жировой клѣтчатки; грудныя и брюшныя мышцы блѣдны и атрофированы. Въ полости сердечной сумки около 2 столовыхъ ложекъ прозрачной серозной жидкости. Сердце нѣсколько уменьшено въ объемѣ; жиръ по бороздамъ его желтоватаго цвѣта, слегка атрофированъ. Полости обоихъ желудочковъ малы, стѣнки значительно тоньше нормы, особенно въ лѣвомъ желудочкѣ; сердечная мышца дряблая, малокровная, блѣдно краснаго цвѣта. Клапаны сердца повсюду здоровы. На *intima aortae* на небольшомъ протяженіи мелкія склеротическія бляшки. Плевральныя полости пусты; оба легкія, особенно лѣвое, — очень плотно сращены съ грудной клѣткой старыми ложными перепонками. Слизист. оболочка бронховъ блѣдна, тонка; бронхиальн. железы малы, пигментированы и мягки. Края легкихъ чуть эмфизематозны. Ткань обоихъ легкихъ сверху донизу проходима для воздуха, суха и малокровна. По вскрытіи брюшной полости оказывается: желудокъ зна-

чительно растянутъ, занимаетъ все лѣвое подреберье и отчасти правое, внизъ простирается ниже пупка на два пальца. Выходная часть желудка, передняя часть лѣвой доли печени, *lig. suspensorium*, *lig. teres* и головка *pancreas*. — все это крѣпко срослось, образовавъ плотную массу, величиной съ гусиное яйцо. Полость желудка громадна; содержимое въ видѣ желтовато-зеленой кашицы съ дов. плотными комками. Всѣ оболочки желудка утолщены; слизистая оболочка рыхла и отечна, однообразнаго блѣдно желтоватаго цвѣта, покрыта въ изобиліи слизью. *Pylorus* суженъ и пропускаетъ съ нѣкоторымъ усиліемъ мизинецъ руки; близъ этого суженнаго *Pylorus*, кзади и слегка кверху замѣчается овальная язва, имѣющая въ длину 6 1/2 см., въ ширину 3 1/2 см.; края язвы обрѣзны, мягки и чуть инфильтрированы; дно язвы составляютъ два бугра, изъ которыхъ одинъ сидитъ спереди, другой сзади; бугры, величиной каждый съ голубиное яйцо, въ свою очередь, слегка (мелко) бугристы; передній бугоръ оказался передней частью лѣвой доли печени; на разрѣзѣ эта часть печени содержитъ узелъ величиной съ небольшую сливу, плотный, бѣловатаго цвѣта, повидимому изъ соединительной ткани; второй, задній бугоръ, — мягокъ и составляетъ головку *pancreatis*. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ блѣдна и атрофирована; содержимое кишекъ представляется въ самомъ небольшомъ количествѣ желтоватаго цвѣта съ примѣсью слизи. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ слегка отечна, мѣстами мутновата; содержимое ихъ въ видѣ отдѣльныхъ плотныхъ *scybala*. Печень уменьшена въ объемѣ; капсула, за исключеніемъ мѣста сращенія, прозрачна; ткань нѣсколько дрябла, малокровна; центральныя части долекъ красноваты, расширены; периферическія — въ видѣ узкой полосы сѣровато-желтаго цвѣта. Желчный

пузырь содержит небольшое количество коллоидной жидкости. Селезенка слегка увеличена, капсула сморщена, ткань вялая, малокровная, пульпа не выскабливается. Почки слегка уменьшены, фиброзная капсула снимается легко; корковый слой на поверхности гладокъ, истонченъ въ $1\frac{1}{2}$ раза, блѣденъ съ сѣроватымъ оттѣнкомъ; пирамиды блѣдно-краснаго цвѣта, пограничный слой болѣе красенъ; изъ сосочковъ выдавливается небольшое количество мутной эмульсивной жидкости. Мезентеріальныя железы безъ измѣненій. Въ яичникахъ явленія атрофіи. Матка мала, плотна и малокровна. Черепъ правильно сформированъ; diploë ясно выражено. Твердая мозговая оболочка безъ измѣненій, Мягкая мозговая оболочка слегка гиперемирована. Ткань мозга пастозна; другихъ измѣненій не представляется.

Анатомическій діагнозъ: *Ulcus ventriculi perforans. Dilataio ventriculi. Perihepatitis et peripancratis circumscripta. Pleuritis adhaesiva chronica. Atrophia universalis.*

Случай XX.

Е. К., 32 лѣтъ, поступила въ клинику 8 Октября, 1895 года, жалуясь на сильную слабость, головокруженіе, отрыжку, тошноту и рвоту, боль въ подложечной области, рѣжущаго характера. Боль появляется тотчасъ послѣ ѣды; кромѣ того больная страдает запорами. Заболѣла 23 Августа, 1895 года.

Условія и образъ жизни больной. Больная, эстонка, по занятію прачка, замужняя, имѣла одного ребенка, и 1 выкидышъ; живетъ въ г. Юрьевѣ въ сырой мѣстности, квартира тѣсная и темная. Одѣвается тепло, корсета не носитъ. Питается, главнымъ образомъ, растительной пищей, — черный хлѣбъ, капуста, огурцы и въ большомъ количествѣ картофель, мясо ѣстъ очень рѣдко, вслѣд-

ствіе его дороговизны, а замѣняетъ его селедкой. Чаю пьетъ много, до 5 стакановъ, чай любитъ горячій; кофе пьетъ очень рѣдко, спиртныхъ напитковъ вовсе не употребляетъ.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ удовлетворительный, жажда очень усилена, во рту неприятный вкусъ и немного сохнетъ. Послѣ ѣды сильныя боли въ подложечной области; отрыжка тухлыми яйцами, изжога, иногда рвота; очень упорныя запоры. Иногда бываетъ сердцебіеніе во время усиленной работы. Со времени заболѣванія сильно похудѣла и поблѣднѣла. Спитъ мало — мѣшаютъ боли и отрыжка. Силы больной значительно ослабѣли; чувствуетъ тупую головную боль и головокруженіе при вставаніи съ постели.

Анамнезъ. Больная заболѣла внезапно; 23 Августа съ ней сдѣлался обморокъ, и когда она очнулась, то её вырвало кровью; вмѣстѣ съ тѣмъ она почувствовала жгучую боль въ подложечной области, которая отдавала и между лопатками. На другой день кровавая рвота повторилась, но безъ обморока, и больная замѣтила также, что у нея и испраженія окрашены кровью. На третій день повторилось тоже самое. Съ тѣхъ поръ положеніе больной все ухудшалось, силы стали слабѣть, рвота бывала 2-3 раза въ сутки, но уже безъ крови; рвало каждый день или сейчасъ, или часа три спустя послѣ ѣды, равно послѣ ѣды дѣлалась боль въ подложечной области, которая проходила послѣ рвоты. Раньше ни чѣмъ не хворала.

Объективное изслѣдованіе. Больная небольшого роста, средняго тѣлосложенія, вѣсъ 2 п. 26 ф., кожа блѣдно-розоватой окраски, тургоръ ея ослабленъ, жиръ подкожной кѣтъчатки совершенно отсутствуетъ; больная представляетъ изъ себя то, что называется „кожа да кости.“ Мышцы

тоже атрофированы. Слизистая оболочка вѣтъ и носа совершенно блѣдна; также блѣдны губы и слизистая рта и зѣва; много каріозныхъ зубовъ; языкъ обложенъ слегка налетомъ сѣраго цвѣта. Шейныя и паховыя железы слегка увеличены. Грудная клѣтка правильной формы; легкія здоровы. Границы сердца нормальны, тоны чисты, толчекъ не виденъ, но прощупывается въ нормальномъ мѣстѣ; артеріи мягки, слабо наполненія, пульсъ 96 въ минуту. Животъ втянутъ, прямыя мышцы живота слегка напряжены. Это напряженіе усиливается при надавливаніи, равно при этомъ больная испытываетъ боль, локализирующуюся въ подложечной области, немного правѣе l. mediana. Границы желудка нормальны, при изслѣдованіи содержимаго соляной кислоты не нашли, а нашли молочную кислоту. Мочи 600 к. с., слабо кислой реакціи, уд. вѣсъ 1018, моча прозрачна, патологическаго въ ней ничего не найдено. Гемоглобина 78 %.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больной назначили молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Но отъ молока скоро пришлось отказаться, во первыхъ, потому что оно больной не нравится, а во вторыхъ, потому что послѣ пріемовъ самыхъ незначительныхъ количествъ появлялась сильнѣйшая рвота. Молоко было замѣнено бульономъ съ протертымъ мясомъ, — что столь сильной рвоты не вызывало. Выздоровленіе шло очень медленно. Прежде всего прекратилась изжога, а боль и рвота держались очень долго. Боль прекратилась чрезъ три недѣли, а рвота чрезъ мѣсяць. Съ этого времени больная начала быстро поправляться. Къ концу пребыванія въ клиникѣ прибавилось вѣсу 6 ф. Въ клиникѣ провела 51 день. Запоръ остался.

Эту больную намъ пришлось наблюдать весной 1896 г.,

слѣдовательно, болѣе полугода послѣ выхода изъ клиники. Она была больна крупозной пневмоніей, отъ которой лечилась въ нашей же клиникѣ; самый тщательный распросъ и изслѣдованіе пищеварительныхъ органовъ никакихъ указаній на ихъ заболѣваніе не дали.

Случай XXI.

У. К., 31 года, поступила въ клинику 2 Октября, 1895 г., жалуюсь на сильную боль въ лѣвомъ подреберьи, которая иногда переходитъ въ правое подреберье и между лопатками; боль жгучая, наступаетъ сейчасъ же послѣ пріемовъ пищи; кромѣ того больная страдаетъ запорами и тупой головной болью, которая появилась три мѣсяца назадъ. Вообще считаетъ себя больной уже два года.

Условія и образъ жизни больной. Больная, поляка, жена желѣзнодорожнаго сторожа, занимается домашнимъ хозяйствомъ, живетъ въ хорошей квартирѣ, питается, главнымъ образомъ, растительной пищей — черный хлѣбъ, овощи, картофель, мясо и рыбу ѣстъ очень рѣдко; любитъ пить горячій чай, особенно зимою, выпиваетъ до 8 стакановъ въ день; изрѣдка пьетъ водку и пиво. Имѣетъ четверыхъ дѣтей, выкидышей не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ хорошъ, но больная боится ѣсть много, чтобы не усилить боли; жажда увеличена, во рту сохнетъ. Изрѣдка бываетъ изжога; а боль подъ ложечкой постоянно послѣ ѣды; стулъ задержанъ, бываетъ только чрезъ три дня. Въ послѣднее время раза три замѣчала въ испражненіяхъ кровь. За время болѣзни нѣсколько похудѣла и поблѣднѣла, силы тоже ослабѣли. Спитъ хорошо; постоянная тупая боль во лбу и иногда головокруженіе при испражненіяхъ.

Анамнезъ. Два года назадъ у больной начали по временамъ появляться боли подъ ложечкой послѣ ѣды. Съ теченіемъ времени эти боли начали повторяться чаще и чаще и, наконецъ, больная стала ихъ испытывать послѣ каждой ѣды; къ этому присоединились изжога и запоры. Въ послѣднее время она стала замѣчать, что испражненія ея имѣютъ черный цвѣтъ, — это было раза три. Раньше всегда была здорова.

Объективное изслѣдованіе больной. Больная среднего роста, крѣпкого тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 34 ф. Окраска кожи нормальна, тургоръ ея не ослабленъ. Жиръ подкожной клѣтчатки развитъ достаточно. Слизистая оболочка вѣкъ и правой ноздри нормальной окраски, перегородка носа въ лѣвой ноздрѣ набухла, темнокраснаго цвѣта. Въ лѣвомъ подреберьи по l. parast. sinistra, при надавливаніи, больная испытываетъ боль на небольшомъ мѣстѣ; границы желудка нормальны; Изслѣдованіе содержимаго показало увеличенное содержаніе соляной кислоты. Мочи 1000 к. с., реакція кислая, уд. вѣсъ 1024, особеннаго въ ней ничего не найдено.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больной назначено молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Пробыла въ клиникѣ 28 дней. Улучшеніе шло быстро, — на 17 день боли совершенно прекратились; также не появлялась и изжога. Съ 20 дня больная начала испражняться безъ помощи клистира. Силы больной стали крѣпче и она выписалась изъ клиники, прибавившись въ вѣсѣ на 6 фунтовъ.

Случай XXII.

М. Б., 53 лѣтъ, поступила въ клинику 14 Октября, 1895 года, жалуясь на сильныя боли въ подложечной

области. Боли эти постоянны, рѣжущія, къ утру немного стихаютъ; распространяются по всему животу и отдаютъ въ спину; также жалуется на отрыжку и рвоту, которыя наступаютъ послѣ принятія пищи. Боли сдѣлались постоянными 4 недѣли назадъ, а ранѣе бывали только послѣ ѣды. Больной себя считаетъ около пяти лѣтъ.

Условія и образъ жизни больной. Больная крестьянка, Лифляндской губерніи, этонка по народности, живетъ постоянно въ деревнѣ и занимается по хозяйству, а лѣтомъ — полевыми работами; жилище имѣетъ порядочное; пищу употребляетъ смѣшанную, мясо и рыбу ѣстъ раза 3 въ недѣлю, ѣстъ черный хлѣбъ, овощи и въ большомъ количествѣ картофель, который любитъ ѣсть съ селедкой; спиртныхъ напитковъ вовсе не употребляетъ. Замужняя, имѣла пятерыхъ дѣтей, выкидышей не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больной. Аппетитъ плохой, жажда усилена, во рту слегка сохнетъ, пищу пережевываетъ плохо за недостаткомъ зубовъ, глотаніе свободно. Послѣ ѣды тяжесть въ подложечной области и усиленіе боли. Вскорѣ наступаетъ рвота, рветъ принятой пищей. Крови въ рвотѣ никогда не замѣчала. Страдаетъ запорами, — по 5 дней не бываетъ стула; крови въ стулѣ не замѣчала. За послѣдній мѣсяцъ начала замѣчать одышку и иногда сердцебиеніе при движеніи. За время болѣзни сильно похудѣла и поблѣднѣла; сонъ плохой вслѣдствіе болей, во время усиленія коихъ у ней выступаетъ холодный потъ; силы значительно упали.

Анамнезъ. Заболѣла пять лѣтъ назадъ. Сначала она чувствовала только тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды, но скорѣ присоединилась и боль. Боль вначалѣ была не значительна, но съ теченіемъ времени она дѣлалась все сильнѣе и продолжительнѣй и за послѣднія

4 недѣли стала постоянной, къ этому присоединилась и рвота принятой пищей; одновременно съ рвотой появились запоры. Больная начала худѣть, силы ея упали.

Объективное изслѣдованіе. Больная среднего роста, слабаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 13½ ф. Кожа блѣдно-сѣраго цвѣта, тургоръ ея ослабленъ; жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы — тоже. Слизистая оболочка вѣкъ и носа очень блѣдна; губы, слизистая полости рта и зѣва блѣднаго цвѣта. Легкія здоровы. Лѣвая граница сердца почти доходитъ до l. mamillaris sinistra, толчекъ между 5 и 6 ребрами, слабъ; пульсъ 66 ударовъ въ минуту, слабаго наполненія; артеріи извиты и жестки. Животъ втянутъ, прямые мышцы живота напряжены; сильная болѣзненность на три пальца ниже processus xiphoidaeus, здѣсь же прощупывается опухоль продолговатой формы, шириной сантиметра 4, идущая влѣво отъ l. mediana на три пальца и вправо на одинъ палецъ. Опухоль эта именно и болѣзненна; она тверже окружающихъ частей, и на мѣстѣ ея замѣчается притупленіе перкуторнаго тона. Границы желудка нормальны; изслѣдованіе содержимаго не указало увеличенія соляной кислоты. Мочи 800 к. с., она мутна, кислой реакціи, уд. вѣсъ 1016, бѣлку 2% pro mille. Гемоглобину 60%.

Діагнозъ. Ulcus ventriculi. Nephritis parenchimat. Atriosclerosis. — Больной было назначено исключительно одно молоко. Ввиду предположенія, что язва большихъ размѣровъ, а въ такихъ случаяхъ всего цѣлесообразнѣе давать большія дозы Bismuth'a, чтобы покрыть имъ язвенную поверхность, послѣдній былъ назначенъ по 1,0 три раза, а чрезъ 2 дня до 5 разъ въ день въ стаканъ воды. Больная недолго пробыла въ клиникѣ, всего 7 дней; положеніе ея съ каждымъ днемъ все ухудшалось; боли были постоянны и не-

стерпимы, не поддавались никакимъ болеутоляющимъ средствамъ; рвота была безъ крови, сопровождала всякій приѣмъ пищи. Подъ конецъ больная совершенно отказывалась отъ пищи, силы прогрессивно падали, вѣсъ тоже. Самое удобное для нея положеніе было на спинѣ, при поворачиваніи на тотъ или другой бокъ, или вообще при движеніи боли дѣлались невыносимы. Такъ дѣло шло до 21 Октября, когда больная въ 6 часовъ утра скончалась. Температура все время была чуть субнормальна. Ввиду большой слабости и сильнаго истощенія операція не предлагалась.

Протоколъ вскрытія.

М. Бейкеръ 53 а. п.

Сконч. 22/X 1895 г.

Секція 24/X 1895 г.

Клиническій діагнозъ. Ulcus ventriculi. Nephritis parenchimat. Arteriosclerosis. — Трупъ женщины небольшого роста, слабаго тѣлосложенія, значительно исхудалый. Наружные покровы слегка желтушны съ грязноватымъ оттѣнкомъ. Въ полости pericardii около чайной ложки прозрачной серозной жидкости. Сердце порядочно уменьшено въ объемѣ. Жиръ по бороздамъ атрофированъ. На задней поверхности подъ перикардіемъ мелкія точечныя кровоизліянія; на этой же поверхности перикардій нѣсколько мутенъ. Полости обоихъ желудочковъ значительно уменьшены; стѣнка лѣваго желудочка чуть истончена; мускулатура блѣдна, съ легкимъ желтоватымъ оттѣнкамъ. Двухстворчатый клапанъ утолщенъ и мутенъ. На intima aortae мелкія разсѣяныя склеротическія бляшки. Правое сердце ничего особеннаго не представляетъ. Бронхіальныя железы увеличены, плотны, пигментированы; одна изъ нихъ казеозно перерождена и пропитана сухими известковыми частич-

ками. Слизистая оболочка бронховъ нѣсколько красновата. Оба легкія плотно срослены старыми ложными перепонками съ грудной клѣткой. Ткань легкихъ по краямъ эмфизематозна, сверху донизу проходима для воздуха, по краямъ блѣдна, въ другихъ частяхъ умѣренно полнокровна. In scrobiculo cordis брюшная стѣнка сочна, рыхла и срослась съ передней поверхностью желудка близъ выхода его. По отдѣленіи, приросшаго къ брюшной стѣнкѣ желудка, въ немъ оказалось круглое отверстіе въ $1\frac{1}{2}$ см. въ діаметрѣ, черезъ которое выливается содержимое желудка. Отверстіе находится въ утолщенномъ серозномъ покровѣ желудка и ведетъ въ полость величиной съ голубиное яйцо. Полость эта сообщается другимъ, также круглымъ отверстіемъ съ другимъ нѣсколько овальнымъ отверстіемъ, въ длину $3\frac{1}{2}$ см. въ ширину $2\frac{1}{2}$. Последнее отверстіе представляетъ собой язву желудка, проникающую чрезъ всю толщу оболочекъ его; язва эта съ рѣзко обрѣзанными краями. Только что описанная полость содержитъ пищевыя массы съ примѣсью гноя; отъ этой же полости идетъ сообщеніе съ другой полостью, образовавшейся между діафрагмой, подреберьемъ и верхней поверхностью селезенки; послѣдняя полость содержитъ гнойныя массы съ примѣсью пищи. Количество жидкости въ этой полости болѣе $1\frac{1}{2}$ стакановъ. Въ брюшной полости большое количество густыхъ желтыхъ гнойныхъ массъ; въ маломъ тазу около 2 стакановъ жидкаго гною. Между кишками мѣстами замѣчаются большія гнойныя скопленія, въ другихъ мѣстахъ кишки склеены между собой густымъ гноемъ. Слизистая оболочка желудка блѣдна, нѣсколько утолщена. Вышеописанная язва лежитъ въ $4\frac{1}{2}$ см. отъ pylorus'a влѣво и кзади; края ея инфильтрованы; окружающая клѣтчатка утолщена; такое же утолщеніе клѣт-

чатки замѣтно вокругъ головки pancreatis, но сама pancreas безъ измѣненій. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ блѣдна. Въ нижнемъ отдѣлѣ подвздошной кишки замѣтна рѣзкая гиперемія слизистой оболочки съ точечными подслизистыми кровоизліяніями, а въ 2 см. отъ valvula Vaughanii представляется грязноватосѣрой, мутной, какъ бы гангренисцирующей на протяженіи около 15 см.; серозная оболочка соотвѣтственно этому мѣсту темно-краснаго цвѣта, также съ слѣдами начинающейся гангрены. Слизистая оболочка толстыхъ кишекъ порядочно утолщена и содержитъ разноразличныя величины поверхностныя кровоизліянія. Серозная оболочка матки и ея придатковъ почти сплошь пропитана кровью. Печень нѣсколько меньше нормы, слегка малокровна, сѣровато-краснаго цвѣта, границы долекъ не ясны. Желчный пузырь растянутъ жидкой коллоидной желчью. Селезенка мала, капсула ея утолщена, покрыта зеленоватыми гнойными массами, ткань вялая и малокровна. Правая почка нормальной величины; лѣвая порядочно увеличена, капсула съ обѣихъ снимается вмѣстѣ съ тканью. Ткань вялая, малокровна; корковый слой рѣзко сѣраго цвѣта, пирамидки темнокраснаго цвѣта; изъ сосочковъ выдавливается значительное количество мутной жидкости. Въ мозгу кромѣ умѣренного наполненія кровью ничего особеннаго.

Анатомическій діагнозъ. *Ulcus ventriculi rotundum perforans, inde peritonitis suppurativa universalis partim haemorrhagica, nephritis parenchymatosa utriusque lateris, pleuritis adhaesiva chronica duplex, emphysema pulmonum marginale, petrificatio gland. lymphat. bronchialium. Enteritis haemorrhagica partim gangraenosa.*

Случай XXIII.

Я. М., 56 лѣтъ, поступилъ въ клинику 19 Января, 1896 года, жалующься на сильныя боли въ подложечной об-

ласти рѣжущаго характера. Боли появляются послѣ пріянія пищи, распространяются въ оба подреберья и отдають въ лопатки. Считаетъ себя больнымъ около трехъ лѣтъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной, крестьянинъ, эстонецъ по народности, занимается земледѣліемъ, живетъ въ достаткѣ, работой себя не обременяетъ; пища смѣшанная, — ѣсть мясо, рыбу, хлѣбъ и картофель, любитъ горячую пищу; чай пьетъ 2 раза въ день стакана по три, не крѣпкій, но тоже горячій, спиртными напитками не злоупотребляетъ. Женатъ, имѣетъ 5 здоровыхъ дѣтей.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ плохой, жажда усилена, горькій вкусъ во рту, пищу пережевываетъ плохо за недостаткомъ зубовъ, глотаніе свободно. Послѣ ѣды отрыжка, тошнота и сильная боль въ подложечной области; запоры бывають очень рѣдко; уже давно страдаетъ геморoidalными кровотечениями. Мочеиспусканіе свободно, безъ боли, нѣсколько учащено — 6 разъ днемъ и 2 раза ночью. Во время запоровъ бывають сердцебіеніе и головныя боли. За время болѣзни похудѣлъ и поблѣднѣлъ; настроеніе духа плохое — беспокоится о своемъ здоровьи.

■ **Анамнезъ.** Начало заболѣванія относится къ 1893 году. У больного послѣ пріемовъ пищи начали появляться отрыжка и тошнота, — что послѣ леченія прошло; но потомъ возобновилось опять и къ прежнимъ явленіямъ присоединилась боль въ подложечной области, — такъ дѣло тянулось до осени 1895 года, когда у больного сдѣлалась рвота послѣ подъема тяжести. Рвало кровью два раза, и въ послѣдній разъ, по словамъ больного, у него вышло до $\frac{1}{2}$ штофа крови; послѣ этого боли стали сильнѣе и

больной началъ слабѣть, что и заставило его поступить въ клинику. — Въ молодости перенесъ какую-то тяжелую болѣзнь, продолжавшуюся 16 недѣль и сопровождавшуюся лихорадкой.

Объективное изслѣдованіе. Больной, старикъ, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 28 фунтовъ. Кожа блѣдновата, тургоръ ея ослабленъ, подкожная клѣтчатка атрофирована, мышцы дряблы. Слизистая оболочка вѣкъ и носа нѣсколько блѣднѣй нормальной. Во рту только 8 зубовъ и то плохіе, языкъ ничего особеннаго не представляетъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены. Со стороны органовъ дыханія ничего ненормальнаго не найдено. Границы сердца нормальны, тоны чисты; артеріи слегка извиты и жестки, пульсъ 80 въ минуту, хорошаго наполненія. Животъ нѣсколько втянутъ, прямыя мышцы живота напряжены, справа болѣе, чѣмъ слѣва; въ подложечной области и въ правомъ подреберьи по 1. parasternalis dextra при надавливаніи чувствуетъ рѣжущую боль, которая отдаетъ въ спину; границы желудка нормальны, изслѣдованіе содержимаго указало на избыточное содержаніе соляной кислоты. Гаесес очень тверды. Мочи 1000 к. с., реакція кислая, уд. вѣсъ 1022, никакихъ патологическихъ продуктовъ въ ней не найдено.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больному назначено молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Въ виду того, что при этомъ лѣкарствѣ больной не чувствовалъ никакого облегченія, — боли продолжались, равно и другія явленія со стороны желудка, пришлось чрезъ недѣлю замѣнить его *Bismuth. subnitric.*, который больной принималъ по 1,0 три раза въ день въ стаканѣ воды. Вообще лѣченіе этого больного подвигалось довольно медленно, боли очень долго держались, и появлялись послѣ ѣды, а иногда и ночью,

и были настолько сильны, что больной не могъ спать. Совершенно прекратилась боль съ 20 Февраля, т. е., мѣсяцъ спустя послѣ поступленія. Отрыжка и тошнота прекратились нѣсколько раньше, недѣли чрезъ три, къ этому же времени у больного улучшился и аппетитъ. Запоры были только въ первую недѣлю, а потомъ стулъ былъ ежедневно безъ клистира. Вышелъ изъ клиники 3/III совершенно здоровымъ, прибавившись въ вѣсѣ на 22 фунта. Въ клиникѣ провелъ 43 дня.

Случай XXIV.

А. Г., 31 года, поступилъ въ клинику 4 Марта, 1896 г. жалуясь на постоянныя боли въ области пупка и лѣваго подреберья. Боли усиливаются послѣ ѣды и во время движенія, отдають въ спину и часто сопровождаются рвотой; рветъ непереваренной пищей, крови въ рвотѣ никогда не замѣчалъ. Страдаетъ запорами, которые появились одновременно съ болями. Считаетъ себя больнымъ два года.

Условія и образъ жизни больного. Больной крестьянинъ Лифляндской губерніи, русскій, занимается земледѣліемъ, живетъ въ бѣдной обстановкѣ, пища больше растительная, — черный хлѣбъ, капуста и много картофеля; мясо ѣстъ очень рѣдко; лѣтъ десять злоупотребляетъ спиртными напитками. Женатъ, имѣетъ двоихъ здоровыхъ дѣтей.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ плохъ, пить постоянно хочется, во рту сухо. Послѣ ѣды тяжесть въ подложечной области, отрыжка, изжога и рвота принятой пищей, послѣ рвоты становится легче; постоянная боль въ подложечной области послѣ принятія пищи становится невыносимой, она нѣсколько уменьшается, если больной сидитъ и нагнется впередъ,

прижавши колѣна къ животу. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы упали, спать безпокойно вслѣдствіе болей.

Анамнезъ. Заболѣлъ два года назадъ; сначала появились боли въ лѣвомъ подреберьи, а потомъ и возлѣ пупка. Вначалѣ боли были незначительны и появлялись рѣдко; потомъ начали повторяться все чаще и чаще и съ большей силой, присоединилась еще и рвота. Больной, не смотря на хорошій аппетитъ, ѣлъ мало, боясь вызвать усиленіе болей, вслѣдствіе чего наступило значительное исхуданіе и упадокъ силъ. До настоящаго заболѣванія былъ всегда здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, вѣсѣ 3 п. 11 ф., представляетъ значительную степень исхуданія. Кожа блѣдно-грязнаго цвѣта; жиръ подкожной клѣтчатки и мышцы атрофированы. Слизистая оболочка носа и вѣкъ блѣднаго цвѣта. Губы и десны блѣдны; пять коренныхъ зубовъ отсутствуютъ, языкъ суховатъ, густо обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Лимфатическія железы шеи не увеличены, а въ пахахъ ясно прощупываются. Легкія и сердце здоровы. Животъ слегка вздутъ, замѣчается нѣкоторая ассиметрія, — лѣвая сторона сверху вздута нѣсколько болѣе правой; прямыя мышцы живота очень напряжены, слѣва — сильнѣе; при ощупываніи сильная болѣзненность въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи по l. parasternalis sinistra, — эта боль отдаетъ въ спину; боль подъ ложечкой разлитая, а въ подреберьи рѣзко органичена. Границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты не повышено. Мочи 800 к. с., реакція кислая, уд. вѣсѣ 1019; въ мочѣ патологическаго ничего не найдено.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi.* — Больному назначено молоко, но онъ его не могъ переносить, такъ что чрезъ два дня пришлось перейти къ легкимъ мяснымъ супамъ. Первоначально больному для очищенія кишечника былъ назначенъ *Calomel* по 0,06 съ 0,3 сахара № 10. S. по порошокъ до дѣйствія и полосканье для рта 3% растворомъ *Kali chlorici*. Въ дальнѣйшемъ были даны пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.*

4/III. Больной въ теченіе сутокъ сидитъ на кровати, прижавши колѣна къ животу; боль постоянная, невыносимая, не уступаетъ никакимъ болеутоляющимъ. Ничего не ѣсть; стулъ былъ послѣ каломеля. Рвота слизью.

5/III. Боль не столь сильная, какъ наканунѣ, больной лежитъ на лѣвомъ боку, всетаки прижавши колѣни къ животу. Рвота пищей.

6/III. Боль значительно слабѣе, изжоги нѣтъ. Стулъ былъ послѣ промывательнаго.

10/III. Боли и изжоги нѣтъ, отрыжка продолжается, равно и запоръ. Больной чувствуетъ себя гораздо бодрѣе, всталъ съ постели. Съ этого дня до 18 марта больной чувствовалъ себя хорошо — боли, изжоги, отрыжки и рвоты во все это время не было; упадка силъ тоже не замѣтно, хотя до 18 вѣсъ, поднявшійся было въ началѣ на 2 фунта, упалъ на 10 фунтовъ сравнительно съ первоначальнымъ.

18/III. Приступъ сильнѣйшей боли повторился, боль непрерывная, больше всего выражена возлѣ пупка, въ лѣвомъ подреберьи боль слабѣе; изжога и рвота, послѣ которой боль нѣсколько слабѣе.

22/III. Положеніе тоже. Аппетита нѣтъ, спать не можетъ вслѣдствіе болей. Пилюли изъ *Arg. nitric.* замѣнены *Bismuth subnitric.* по 1,0 три, потомъ 5 разъ въ день въ стаканѣ воды.

26/III. Положеніе тоже. Очень сильная жажда. Животъ нѣсколько вздутъ.

27/III. Боль нѣсколько слабѣе, появился нѣкоторый аппетитъ. Животъ не вздутъ. Стулъ безъ клизмы. Вѣсъ падаетъ.

31/III. Опять невыносимыя боли возлѣ пупка. Аппетитъ пропалъ, жажды нѣтъ. Стулъ послѣ промывательнаго. Ввиду безуспѣшности фармацевтическаго лѣченія, больному была предложена операція для удаленія язвы, но больной отъ операціи отказался.

3/IV. Положеніе тоже.

4/IV. Боли усиливаются; ночью 2 раза была рвота. Силы и вѣсъ падаютъ.

19/IV. Положеніе тоже. Силы ослабѣли, вѣсъ упалъ на 19 фунтовъ сравнительно съ первоначальнымъ (за 45 дней). Больной проситъ сдѣлать ему операцію.

20/IV. Положеніе тоже. Больному произведена *laparotomia* и сдѣланъ *gastroenteroanastomosis*. Чрезъ 2 часа послѣ операціи больной скончался. Во время операціи, при отдѣленіи стѣнки желудка отъ печени, желудокъ прорвался и содержимое его вылилось въ полость брюшины, для промывки которой потребовалось около часу времени, такъ что вся операція тянулась около двухъ часовъ.

Протоколъ вскрытія.

Алексѣй Гавриловъ 31 г.

Скончался 20 Апрѣля въ 3 часа дня 1896 г.

Вскрытіе 21 Апр. 1896 г.

Клиническій діагнозъ. *Ulcus et stenosis pylori; dilatatio ventriculi.*

Довольно истощенный трупъ съ блѣдными наружными покровами и нѣсколько атрофированными произвольными мышцами; подкожный жирный слой почти от-

сутствуетъ. На кожѣ живота замѣчается операціонный разрѣзъ, идущій отъ мечевиднаго отростка до пупка и ведущій въ брюшную полость. Разрѣзъ соединенъ шелковыми и волосяными швами, за исключеніемъ двухъ небольшихъ участковъ, изъ которыхъ выдаются марлевые тампоны. На серозной поверхности брюшной стѣнки кое гдѣ замѣчаются экстрavasаты въ видѣ темно-красныхъ пятенъ. Серозный покровъ тонкихъ кишекъ блѣденъ, безъ слѣдовъ воспаленія.

Въ полости pericardii чайная ложка серозной прозрачной жидкости. Сердце нѣсколько уменьшено въ объемѣ. Жиръ по бороздамъ его частью атрофированъ, частью слизисто перерожденъ. Перикардій диффузно мутенъ, наиболѣе рѣзко у верхушки. Полость лѣваго желудочка сокращена; стѣнка нормальной толщины. Мышца умѣренной плотности, блѣдно-краснаго цвѣта съ легкимъ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Клапаны aortae безъ измѣненія, двухстворчатый клапанъ чуть утолщенъ по краямъ. На intima aortae близъ вѣнечной артеріи небольшая склеротическая бляшка. Полость праваго желудочка нѣсколько расширена и содержитъ бѣлые кровяные свертки; стѣнки желудочка блѣдны, клапаны безъ измѣненій.

Лѣвое легкое свободно, правое нижней поверхностью плотно сращено съ діафрагмой. Бронхіальныя железы слегка увеличены и слегка пигментированы. Слизистая оболочка бронховъ покрыта большимъ количествомъ бѣловатой, смѣшанной съ воздухомъ, слизи. Лѣвое легкое объемисто, плохо спадается, эмфизематозно, но проходимо для воздуха. Верхняя доля малокровна и суха, нижняя полнокровна. Верхняя доля праваго легкаго также суха и малокровна, нижняя доля объемиста, полнокровна и содержитъ, поверхностно лежащій, плотный узелокъ величиной съ греческій орѣхъ, въ центрѣ казеозно перерожденный.

Почки нормальной величины, капсула съ нихъ мѣстами снимается съ тканью, ткань почекъ довольно рыхла, выпираетъ изъ подъ капсулы, сѣроватаго цвѣта, мутна; пирамиды блѣдны. Надпочечныя железы безъ измѣненій.

Селезенка нѣсколько увеличена, капсула умѣренно напряжена, содержитъ старыя кровоизліянія, ткань умѣренной плотности, полнокровна.

Нижняя поверхность лѣвой доли печени, головка и начальная часть тѣла pancreatis, а также большая часть желудка слились въ одну плотную массу. При вскрытіи желудка черезъ пищеводъ, наталкиваемся на очень небольшой дивертикулъ въ пищеводѣ у самой cardia; cardia свободна; отступя отъ нея къ pylorus на 1 см., на малой кривизнѣ начинается язва, простирающаяся до самаго pylorus'a и имѣющая въ длину 6 см., а въ ширину 3—3 1/2 см. Язва овальной формы съ обрѣзанными краями безъ реактивнаго воспаленія вокругъ, проникающая сквозь всю толщю оболочекъ желудка. Дномъ этой язвы служитъ утолщенная капсула нижней поверхности лѣвой доли печени и утолщенная клѣтчатка pancreatis. Pylorus суженъ и едва пропускаетъ карандашъ. На передней стѣнкѣ желудка замѣчается операціонное отверстіе длиной около 3 см., наглухо зашитое швами; ниже, на днѣ желудка замѣчается канюля, сообщающая полость желудка съ просвѣтомъ петли тонкой кишки.

Отверстіе канюли плотно закупорено слизью, такъ что вода не можетъ проникнуть изъ желудка въ кишку; по удаленіи слизи, вода стала свободно проникать въ отводящій конецъ кишки. Слизистая оболочка желудка равномерно желтаго цвѣта, рыхла, кое гдѣ содержитъ мелкія кровоизліянія, и покрыта громаднымъ количествомъ тягучей слизи. Въ duodenum, тонкихъ и толстыхъ кишкахъ, кромѣ

блѣдности и тонкости mucosae, ничего особеннаго. Мезентеріальныя железы и особенно железы вокругъ желудка умѣренно увеличены, плотны, блѣлаго цвѣта.

Rapheas — зерниста, головка и тѣло ея окружены утолщенной соединительной тканью.

Печень чуть уменьшена, ткань блѣдно-сѣраго цвѣта, нормальной плотности. Желчный пузырь содержитъ жидкую желчь. Капсула нижней поверхности лѣвой доли, какъ сказано, сильно утолщена, отъ этого утолщенія идутъ крупныя тяжи соединительной ткани вглубь печени. Верхняя поверхность правой доли печени плотно сращена съ діафрагмой. Intima грудной и брюшной аорты безъ измѣненій.

Мозгъ, его оболочки, и сосуды безъ особыхъ измѣненій.

Анатомическій діагнозъ. *Ulcus ventriculi perforans, inde stenosis pylori. Gastro-enteroanastomosis per Laparotomiam.*

Случай XXV.

А. И., 53 лѣтъ, поступилъ въ клинику 28 Марта, 1896 г. Больной жалуется на боли подъ ложечкой и въ обоихъ подреберьяхъ. Боли усиливаются послѣ ѣды и имѣютъ рѣжущій характеръ. Заболѣлъ осенью 1895 года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное, питается смѣшанной пищей, но больше употребляетъ растительную пищу, много съѣдаетъ чернаго хлѣба, картофеля, кислой капусты и огурцовъ; спиртными напитками давно злоупотребляетъ; курить очень много. Женатъ имѣетъ 7 человѣкъ дѣтей, выкидышей у жены не было.

Распросъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ плохой, жажда увеличена, въ рту постоянно сохнетъ, пищу пережевываетъ плохо, такъ какъ имѣетъ много каріозныхъ зубовъ; послѣ ѣды отрыжка и изжога, постоянная боль подъ ложечкой послѣ ѣды усиливается и прекращается послѣ рвоты, которая наступаетъ или тотчасъ послѣ принятія пищи, или часъ, два спустя; въ послѣднее время стулъ сталъ на день, два задерживаться, въ испражненіяхъ ничего не замѣтилъ. Мочится 6—8 разъ днемъ и два раза ночью, причемъ въ послѣднее время чувствуетъ при мочеиспусканіи боль въ концѣ канала. За время болѣзни похудѣлъ и поблѣднѣлъ, сила уменьшилась; спать плохо вслѣдствіе болей, боли эти сильнѣе всего, когда больной лежитъ на лѣвомъ боку.

Анамнезъ. Заболѣлъ съ осени 1895 г. болѣзнь развивалась постепенно, сначала появились отрыжка и изжога, за тѣмъ боль въ животѣ, сильнѣе всего въ лѣвомъ подреберьѣ, и наконецъ — рвота; больной началъ худѣть и терять силы, которыя въ послѣднее время очень уменьшились, что и заставило больного поступить въ клинику. Четыре недѣли назадъ мочеиспусканіе сдѣлалось болѣзненно. До осени прошлаго года былъ совершенно здоровъ.

Объективное изслѣдованіе. Больной высокаго роста, средняго тѣлосложенія, вѣсъ 3 п. 6 ф., имѣетъ видъ сильно истощеннаго человѣка, кожа блѣдной окраски, тургоръ ея ослабленъ, жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы вялы. Слизистая оболочка носа, губъ и десенъ блѣдно-розоваго цвѣта, языкъ обложенъ бѣлымъ налетомъ, много каріозныхъ зубовъ, нѣкоторые отсутствуютъ. Лимфатическія железы шеи нѣсколько увеличены. Грудная клѣтка развита хорошо, межреберныя промежутки ясно выражены, надключичныя и подключичныя

пространства сильно западали; въ легкихъ ничего особеннаго не найдено. Границы сердца нормальны, толчекъ въ пятомъ межреберномъ промежуткѣ, нѣсколько ближе къ *l. mamillaris sinistra*, тоны чисты; артеріи жестковаты и нѣсколько извиты, пульсъ средняго наполненія, 68 ударовъ въ минуту. Животъ вздутъ, прямыя мышцы живота напряжены, при надавливаніи невыносимая боль въ лѣвомъ подреберьи по *l. parasternalis sinistra*, боль подъ ложечкой и въ правомъ подреберьи. Границы желудка нормальны, содержаніе соляной кислоты не повышено, молочной кислоты нѣтъ. Въ кишкахъ прощупываются твердыя каловыя массы; найдены геморроидальныя шишки и увеличеніе предстательной железы. Мочи 900 к. с. уд. вѣсъ 1020, реакція кислая.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi rotundum, arteriosclerosis, prostatitis.* — Назначено внутрь одно молоко. Въ первый день для выведенія кала изъ кишечника и для дезинфекціи его былъ назначенъ *Colomel 0,06 Sacchari albi 0, 3. m. f. p. D. t. d. in caps. amyli № 10.* Чрезъ часъ по порошку до дѣйствія; *Solutio Kali chlorici 3%* — полосканье для рта. Ввиду сильныхъ болей въ эпигастріи снаружи было назначено: *Chloroformii, Ol. Hyosiamii aa.* Для предстательной железы — массажъ.

29/III. Больного обильно прослабило, въ испражненіяхъ ничего не найдено. Больному даны пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. bellad.* Больной пробылъ въ клиникѣ 12 дней и все время принималъ названныя пилюли. 10 Апрѣля, по домашнимъ обстоятельствамъ, выпиcался изъ клиники съ значительнымъ улучшеніемъ; аппетитъ улучшился, жажда стала меньше, боли несравненно слабѣе; вѣсъ больного, упавшій къ третьему дню пребыванія въ клиникѣ до 3 п. 2 ф., въ день выписки былъ 3 п. 7 ф.

Мочеиспусканіе стало менѣе болѣзненно. Стулъ бывалъ каждый день только послѣ клизмы. Рвота въ клиникѣ была только одинъ разъ въ началѣ.

Глава III.

Неодинаковая частота заболѣванія круглой язвой желудка въ различныхъ мѣстностяхъ. Свѣдѣнія *Sohlehn'a* и другихъ о заболѣваемости круглой язвой въ Петербургѣ. Наши свѣдѣнія о заболѣваемости круглой язвой въ Петербургѣ, Москвѣ и Юрьевѣ Лифляндскомъ. Мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о причинахъ неодинаковой частоты язвы въ различныхъ мѣстностяхъ. Этіологія круглой язвы желудка.

Круглая язва желудка не представляется особенно рѣдкимъ заболѣваніемъ; она встрѣчается довольно часто какъ въ клиникѣ, такъ и на секціонномъ столѣ; при чемъ въ однихъ мѣстностяхъ чаще, въ другихъ рѣже. По Лейбе¹⁾, въ 13,605 случаяхъ вскрытій язва или рубецъ были найдены 653 раза, что составитъ 5% общаго числа вскрытій; по Якшу въ Прагѣ на 2330 вскрытій приходится 113 язвъ, что составитъ тоже 5%²⁾; приблизительно это процентное отношеніе числа язвъ къ числу вскрытій и считается обычнымъ. Самый высокій процентъ выпадаетъ на долю Копенгагена, такъ, по *Grünfeld'u*, въ 450 случаяхъ вскрытій язва встрѣтилась 92 раза, что составитъ 20%³⁾, для Даніи вообще этотъ процентъ будетъ ниже, именно — 13%²⁾; далѣе слѣдуетъ Іена, по даннымъ тамошняго патолого-

1) Лейбе I. с. 80.

2) Бирхъ-Гиршфельдъ I. с. 897.

3) Эйхгорстъ I. с. 139.

анатомическаго института язва встрѣчается въ 10—11% ¹⁾; въ Берлинѣ и Эрлангенѣ — 4½% ²⁾, а для одного Берлина, по Berthold'у, 2,7% ³⁾, у Англичанъ по однимъ — 4% ⁴⁾, а по другимъ только 2—3½% ²⁾. Самый низкій процентъ заболѣванія круглой язвой наблюдается, по Леберту, въ Бреславлѣ, именно — 2% ¹⁾ и въ Мюнхенѣ, для котораго Nolte отмѣтилъ на 3500 вскрытій 43 язвы, или 1,2% ³⁾.

Для Россіи въ этомъ отношеніи нѣтъ еще точныхъ данныхъ; по тѣмъ даннымъ, которыя имѣются, нужно думать, что русскіе очень рѣдко подвергаются заболѣванію круглой язвой. По Виноградову, въ Обуховской больницѣ въ С. Петербургѣ, на 900 вскрытій приходится 1—2 случая круглой язвы, въ Александровской больницѣ, по Петерсену, на 6000 вскрытій язва встрѣтилась 3 раза, въ патолого-анатомическомъ институтѣ Военно-Медицинской Академіи, по Ивановскому, на 300 вскрытій въ годъ язва встрѣчается 1—2 раза, и то не каждый годъ ⁴⁾. О заболѣваемости круглой язвой Петербургскаго населенія, кромѣ указанныхъ свѣдѣній, имѣются еще нѣкоторые указанія у Sohlern'a ⁵⁾, который собиралъ справки по данному вопросу у различныхъ Петербургскихъ врачей, и, на основаніи полученныхъ имъ свѣдѣній, пришелъ къ тому заключенію, что вообще въ Россіи язва встрѣчается рѣдко, въ прибалтійскихъ-же губерніяхъ нѣсколько чаще. Такъ Dr. Kernig (изъ Обуховской больницы) за 25 лѣтъ практики очень мало встрѣчалъ язвъ, большинство пациентовъ этого рода было изъ прибалтійскихъ провинцій; такія-же свѣдѣнія были получены и отъ Fanken-Läuser'a; Dr. Singe говоритъ, что въ 1887 году,

1) Лейбе I. с. 80.

2) Бирхъ-Гиршфельдъ I. с. 897.

3) Эйхгорстъ I. с. 139.

4) Засѣцкій I. с. 282.

5) Sohlern. Berliner kl. Wochenschrift 1889, № 13.

въ больницѣ Маріи Магдалины, при 240 кроватяхъ и при большомъ количествѣ заболѣваній желудочно-кишечнаго канала (вообще бываетъ больныхъ въ вышеупомянутой больницѣ до 3½ тысячъ), встрѣтилось ему 5—9 случаевъ рака и ни одной язвы. Nüßer, прозекторъ той-же больницы, говоритъ, что съ 1861 по 1887 годъ встрѣтилось на вскрытіи только 5 случаевъ ulcus'a.

Для пополненія этихъ неточныхъ и отрывочныхъ свѣдѣній относительно заболѣванія круглой язвой въ Россіи, мы собрали данныя о заболѣваемости и смертности Петербургскаго населенія за 1890, 1891, 1892 года по отчетамъ доктора А. А. Липскаго, которые составлены имъ относительно больницъ, находящихся въ вѣдѣніи городского общественнаго управленія. Цыфры въ нижеслѣдующихъ таблицахъ взяты изъ названныхъ отчетовъ Липскаго ¹⁾. Равно мы имѣли возможность составить такія-же таблицы относительно г. Москвы, на основаніи отчетовъ за 1892, 93 и 94 годы Московскаго Городскаго Самоуправленія; послѣднія таблицы составлены менѣе подробно, чѣмъ Петербургскія, за отсутствіемъ въ отчетахъ необходимыхъ для этого свѣдѣній.

Таблица I.

Распредѣленіе больныхъ съ язвой желудка выжившихъ изъ городскихъ больницъ С. Петербурга и умершихъ въ нихъ по числу поступленій въ больницы.

Годы.	Въ 1 разъ.		Во 2 разъ.		Въ 3 и болѣе.		Неизвѣстно.		Итого.		обоого пола.
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	
1890	12	6	—	—	1	—	—	—	13	6	19
1891	12	7	1	1	1	2	—	—	14	10	24
1892	13	6	—	—	—	—	—	—	13	6	19
Итого	37	19	1	1	2	2	—	—	40	22	62

1) Липскій. Болѣзненность и смертность Петербургскаго населенія за 1890, 1891 и 1892 годы.

Таблица II.

Общее число больных въ городскихъ больницахъ
С. Петербурга.

Годы	Осталось, принято		Выписалось и выздоровѣло		Умерло		Осталось къ слѣд. году		Переведено въ другія больницы	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1890	30,381	18,218	23,075	13,542	3346	1885	2929	2250	1031	541
1891	33,882	19,763	25,858	14,926	3550	2145	2816	2132	1658	560
1892	34,535	20,798	26,233	15,697	4254	2441	2800	2200	1248	460
Итого	156,566				17,621					
	Таблица III. Заболѣванія пищеварительныхъ органовъ (желудка и кишекъ).									
1890	2542	1101	2346	999	98	42	85	50	13	10
1891	2231	1072	2021	971	107	54	83	44	20	3
1892	3040	1658	2804	1541	118	55	110	56	8	6
Итого	11,644				474					
	Таблица IV. Заболѣванія круглой язвой желудка.									
1890	14	6	5	5	8	1	1	—	—	—
	20		10		9					
1891	16	10	9	7	5	3	2	—	—	—
	26		16		8					
1892	14	6	9	2	4	4	1	—	—	—
	20		11		8					
Итого	44	22	23	14	17	8	4			
	66		37		25					

Таблица V.

Распредѣленіе больныхъ язвой желудка, выбывшихъ изъ городскихъ больницъ С. Петербурга (съ поправкой или безъ поправки), по числу проведенныхъ ими въ больницѣ дней.

Годы.	Пробыли въ больницѣ.										Итого.					
	1 сутки и менше.	2—3 сутки.	4—7 сутки.	8—14 сутки.	15 сутокъ и иногда.		2—3 мѣсяца.	4—6 мѣсяцевъ.	7—12 мѣсяцевъ.	Больше 1 года.	Мужчинъ.		Женщинъ.		Обоего пола.	
					М.	Ж.					Число лицъ.	Число дней.	Число лицъ.	Число дней.		
1890	—	1	—	—	3	2	1	—	—	—	5	187	5	77	10	264
1891	—	—	1	1	1	3	4	2	—	—	9	271	7	188	16	459
1892	—	—	—	2	—	2	2	1	1	—	9	1095	2	39	11	1134
Итого	—	1	1	3	4	8	7	2	1	1	23	1553	14	304	37	1857

Таблица VI.

Распредѣленіе умершихъ отъ язвы желудка по числу проведенныхъ дней въ больницѣ.

Годы.	Число проведенныхъ дней въ больницѣ.										Итого.					
	1—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100						
1890	3	—	—	1	—	2	1	1	—	—	8	13	1	24	9	117
1891	1	1	—	1	—	—	2	—	1	1	5	146	3	57	8	203
1892	1	—	2	—	—	1	1	—	2	—	4	15	4	132	8	147
Итого	5	1	2	2	—	4	2	1	3	1	17	254	8	213	25	467

Годы.	Дворяне и чиновники.		Духовенство.		Граждане почет. потомств. и личные.		Купцы.		Мещане.		Цеховые и ремеслен.		Нижние чины и их семейства.		Крестьяне.		Финляндцы.		Иностранцы.		Без означенных различий.		Итого.			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	общего пола.	
1890	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	—	—	8	3	—	—	—	—	—	—	1	13	6	19
1891	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	4	3	8	3	—	—	—	—	1	1	1	14	10	24
1892	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	2	1	9	3	—	—	—	—	—	—	—	13	6	19
Итого.	—	1	—	—	—	—	—	—	8	5	1	—	6	4	25	9	—	—	—	—	1	2	40	22	62	

Таблица VIII.

Распределение, вышедших из больницы отъезжающих и умерших отъезжающих (С. Петербург).

Таблица VII.

Распределение Заболевших Уссурийских и умерших в городских больницах С. Петербурга по продолжительности пребывания в С. Петербурге.

Годы	1 месяц и менее		2—3 месяца		3—6 месяцев		7—12 месяцев		2—3 года		4 года и более		Постоянное жительство		Неизвестно		Итого	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1890	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	7	5	2	1	—	—	13	6
1891	1	—	—	—	—	—	2	1	2	—	7	3	1	6	1	—	14	10
1892	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	5	5	3	—	1	1	13	6
Итого	3	—	—	—	1	—	4	1	5	—	19	13	6	7	2	1	40	22

Обращаясь къ разсмотрѣнію приведенныхъ таблицъ, мы видимъ, что въ теченіи трехъ лѣтъ въ Петербургскихъ городскихъ больницахъ лѣчилося 156,566 человѣкъ, изъ нихъ за этотъ періодъ умерли 17,621 человѣкъ. Общее число больныхъ съ разстройствомъ пищеварительныхъ органовъ было за тотъ же періодъ времени 11,644 ч., изъ нихъ умерли 474 ч.; круглая язва встрѣтилась 66 разъ, что по отношенію къ заболѣваніямъ пищеварительныхъ органовъ составитъ $(11,644 : 66) = 0,5\%$; изъ числа больныхъ язвой выздоровѣло 37, умерло 25, что составитъ 37,8% смертности отъ круглой язвы желудка, или 0,1% по отношенію къ общему числу умершихъ. Изъ этихъ цифръ видно, что въ Петербургѣ язва встрѣчается чрезвычайно рѣдко и процентъ заболѣванія этой болѣзью стоитъ ниже, чѣмъ гдѣ бы то ни было. Подвергались заболѣванію болѣе всего люди пришлые, и притомъ, чѣмъ больше они жили въ Петербургѣ, тѣмъ заболѣваемость становилась сильнѣе (Табл. VII); изъ постоянныхъ жителей заболѣло только 13, а изъ пришлыхъ 46, причемъ тѣ, которые прожили въ Петербургѣ болѣе 4-хъ лѣтъ, дали 32 заболѣванія (къ сожалѣнію въ отчетахъ Липскаго нѣтъ указанія на то, изъ какихъ губерній были эти пришлые люди). Что касается сословій, то заболѣвали болѣе всего (Табл. VIII) крестьяне, именно — 34 человѣка; если къ этому прибавить нижнихъ чиновъ 10 человѣкъ, которые, по преимуществу, принадлежатъ къ тому-же сословію, то на сіе послѣднее придется 44 круглыхъ язвы, далѣе за крестьянами слѣдуютъ мѣщане — 13 человѣкъ, прочія сословія всѣ вмѣстѣ дали очень мало больныхъ, только — 5. Мужчины заболѣвали вдвое чаще женщинъ (Табл. IV). Что касается характеристики самой язвы, которую можно составить на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, то несомнѣнно, что она имѣетъ большую наклонность рецидивировать, такъ

изъ 66 случаевъ 2 раза она повторилась дважды и три раза — четырежды (Табл. I). Изъ таблицы VI, гдѣ указаны умершіе и число дней, проведенныхъ ими въ больницѣ, мы видимъ, что каждый умершій, среднимъ числомъ, пробылъ въ больницѣ 18 дней, изъ нихъ мужчины — по 15 дней, а женщины — по 26 дней. За одни сутки и менѣе умерли 5 человѣкъ, а одинъ мужчина пролежалъ въ больницѣ около года. Относительно выбывшихъ изъ больницы, по выздоровленію или не выздоровѣвшихъ, нужно сказать, что ими всѣми было проведено въ больницѣ 1857 дней или — по 50 дней каждымъ, изъ нихъ мужчины оставались почти по 62 дня, а каждая женщина пробыла въ больницѣ около 22-хъ дней.

Такимъ образомъ, на основаніи вышеизложеннаго, нужно придти къ тому заключенію, что число заболѣваній круглой язвой въ Петербургѣ ничтожно; въ Петербургѣ существуютъ какія-то вредныя условія, которыя предрасполагаютъ къ заболѣванію этой болѣзью людей пришлыхъ и бѣдныхъ, при чемъ предрасположеніе усиливается съ продолжительностью ихъ пребыванія въ этомъ городѣ; изъ мѣстныхъ жителей заболѣваютъ, главнымъ образомъ, принадлежащіе къ бѣдному сословію. Какъ только больной попадаетъ въ больницу, онъ въ большей половинѣ случаевъ выздоравливаетъ, но болѣзнь, при возвращеніи къ прежнимъ плохимъ условіямъ, довольно часто повторяется. Для выздоровленія мужчины требуется больше времени, чѣмъ для выздоровленія женщины, что, вѣроятно, объясняется запущенностью болѣзни у мужчинъ, женщины-же охотнѣе обращаются за помощью при первыхъ признакахъ болѣзни.

Нижеслѣдующія таблицы составлены на основаніи цифръ, добытыхъ изъ отчетовъ по больничному дѣлу Московскаго

Городского Самоуправленія ¹⁾ за три года (1892, 1893, 1894) и относятся къ 9 больницамъ (больницы: 1 и 2 городскія, Старо-Екатерининская, Яузская, Басманная, Мясницкая, Св. Владиміра, имени братьевъ Бахрушинныхъ и Императорскій Екатериненскій богадѣльный домъ).

Таблица IX.

Общее число больныхъ въ 9 больницахъ, находящихся въ вѣдѣніи Московскаго Общественнаго Управленія.

Годы	Оставалось и прибыло		Вы- здоровѣло		Вышло съ улучше- ніемъ или безъ улуч- шенія		Умерло		Переведено въ другія больницы		Осталось къ слѣд. году	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1892	27,890	18,226	16,833	12,406	2966	2030	3740	2188	713	424	1639	1047
1893	27,537	18,523	19,437	12,986	2764	2204	3558	2294	543	274	1807	1325
1894	27,880	18,387	19,499	12,204	2934	2434	2769	1929	674	377	2040	1403
Итого	83,307	55,136					10,067	6,406				
	138,443						16,473					

Таблица X.

Заболѣванія пищеварительныхъ органовъ (желудка и кишечника).

Годы	1895		1896		1897		1898		1899		1900	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1892	1995	1083	1607	822	169	118	133	105	28	12	57	37
1893	1905	1057	1467	833	166	108	114	72	7	6	47	37
1894	1377	846	1015	555	210	117	97	68	18	5	45	20
Итого	5277	2986					344	245				
	8263						589					

Таблица XI.

Заболѣванія круглой язвой желудка.

Годы	1892		1893		1894		Итого	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1892	34	11	8	3	6	4	10	2
	45		11		10		12	
1893	30	9	11	—	11	4	8	2
	39				15		10	
1894	39	11	7	2	19	6	11	2
	50		9		25		13	
Итого	103	31	26	5	36	14	29	6
	134		31		50		35	

1) Отчеты по заведеніямъ общественнаго призрѣнія, находящихся въ вѣдѣніи Московскаго городского общественнаго управленія за 1892 г.

— то-же за 1893 г.

— то-же за 1894 г.

Данныя, занесенныя на эти таблицы, нѣсколько разнятся отъ таковыхъ, имѣющихся въ таблицахъ, относящихся до г. Петербурга. Количество больныхъ менѣе, чѣмъ въ Петербургѣ, именно 138,443, изъ коихъ умерло 16,473 (табл. IX); заболѣванія пищеварительныхъ органовъ наблюдались въ Москвѣ тоже рѣже — 8,263 (Табл. X), изъ нихъ умерло 589, за то круглая язва встрѣтилась здѣсь вдвое чаще, чѣмъ въ Петербургѣ, именно — 134 (Табл. XI), что по отношенію къ заболѣванію пищеварительныхъ органовъ составитъ уже 1,6 %, т. е. въ три раза болѣе, чѣмъ въ Петербургѣ, хотя отъ этой болѣзни въ Москвѣ и рѣже умерали, чѣмъ въ Петербургѣ, — изъ 134-хъ человекъ умерло 35, что составитъ 26,1 % заболѣвшихъ круглой язвой, или 0,2 % общаго числа умершихъ; это послѣднее отношеніе въ Москвѣ стоитъ вдвое выше, чѣмъ въ Петербургѣ, что очевидно зависитъ отъ большаго числа заболѣваній язвой въ Москвѣ. Относительно пола нужно сказать, что мужчины, какъ и въ Петербургѣ, заболѣвали чаще женщинъ, именно — въ 3 раза, а умирали въ 5 разъ больше. Отсюда, на основаніи приведенныхъ цифръ, можно утверждать, что хотя въ Москвѣ язва встрѣчается и чаще, чѣмъ въ Петербургѣ, но въ общемъ процентъ заболѣванія этой формой страданія пищеварительныхъ органовъ чрезвычайно низокъ. Если теперь принять Петербургъ и Москву за мѣрило заболѣваній вообще въ Россіи, то окажется, что русскіе люди очень рѣдко страдаютъ язвой желудка и на вскрытіяхъ она встрѣчается только въ 0,15 %, т. е., такой низкій процентъ, который не встрѣчается ни въ одной странѣ, гдѣ частота заболѣванія язвой желудка опредѣлена.

Цифры, которыя намъ удалось собрать относительно заболѣванія круглой язвой желудка въ г. Юрьевѣ (Лифляндской губ.), указываютъ на болѣшую частоту названнаго за-

болѣванія въ Лифляндской губерніи, чѣмъ въ остальной Россіи. Такъ въ Юрьевской терапевтической клиникѣ съ 1 сентября 1892 года по 1 Юня 1896 года находилось на излеченіи 1258 человекъ (свѣдѣній по другимъ лечебнымъ заведеніямъ намъ не пришлось собрать), изъ нихъ съ болѣзнями пищеварительныхъ органовъ было 227, а больныхъ ulcus'омъ за этотъ періодъ времени 45 человекъ, что составитъ 19,8 % по отношенію къ заболѣваніямъ пищеварительнаго тракта, процентъ очень высокій сравнительно съ Петербургомъ (0,5 %) и Москвой (1,6 %). Далѣе умерло отъ ulcus'a изъ 45 больныхъ 6 человекъ, что составитъ 11,1 % смертности отъ названнаго заболѣванія. За указанный періодъ времени въ Патолого-анатомическомъ Институтѣ Юрьевскаго Университета было 277 вскрытій и язва встрѣтилась 7 разъ, что составитъ 2,5 % общаго числа труповъ. Если изъ этого числа исключить число труповъ (коихъ было 55), доставленныхъ изъ Психіатрической клиники, какъ это мною сдѣлано по отношенію г. Москвы, то это процентное отношеніе возрастетъ до 3,1 %.

Изъ 45 случаевъ язвы, наблюдавшихся въ клиникѣ, намъ пришлось воспользоваться исторіями болѣзни 25 больныхъ, на основаніи этихъ исторій и составлена таблица XII.

Таблица XII.

Таблица распредѣленія больныхъ круглой язвой желудка по полу, возрасту, національности, занятіямъ и числу дней проведенныхъ въ терапевтической клиникѣ Юрьевскаго Университета.

м. ж.	Возрастъ.	Националь- ность и губернія.	Занятіе.	Пища.	Употре- бленіе спирт- ныхъ на- питковъ.	Примѣчан.	Число дней проведен. въ клиникѣ.	Въ какомъ состояніи выбылъ.
1	32	Эстонецъ Лифляндск.	Земледѣлецъ.	Растительн.	рѣдко.	—	60	выздоровѣлъ
2	26	id.	id.	id.	id.	—	46	Значительное улучшеніе
3	47	id.	id.	id.	Очень много	—	33	выздоровѣлъ
4	41	id.	id.	id.	id.	—	30	улучшеніе
5	28	id.	id.	id.	рѣдко.	Тугой поясъ	18	улучшеніе
6	19	id.	id.	id. исключит.	не пьетъ.	—	41	выздоровѣлъ
7	31	id.	Кузнецъ.	растительн.	рѣдко.	Удары, въ животъ	14	улучшеніе
8	30	id.	Земледѣ- лецъ.	id. исключит.	id.	—	30	выздоровѣлъ
9	24	id.	id.	id.	не пьетъ.	—	43	выздоровѣлъ
10	64	русскій.	ремеслен- никъ.	Смѣшанная хорошая	id.	Житель Юрьева	34	безъ улучшенія
11	43	эстонецъ	Землеула- дѣлецъ.	id.	рѣдко.	Горячій чай 10 стакан.	60	выздоровѣлъ
12	27	id.	Земледѣ- лецъ	растительн.	id.	—	60	выздоровѣлъ
13	35	id.	Кабатчикъ	Смѣшанная хорошая	Злоупотреб.	—	15	улучшеніе
14	36	id.	Земледѣ- лецъ	id.	рѣдко.	Горячій чай 8 стакан.	40	выздоровѣлъ
15	28	русскій.	Рабочій на жол. дор.	id.	id.	—	30	выздоровѣлъ
16	27	эстонецъ	Земледѣ- лецъ.	id.	не пьетъ.	—	7	безъ улучшенія
17	29	Еврейка Лифляндск.	Домашнее хозяйство.	id.	id.	Употр. остр. вкусов. вещ.	12	улучшеніе
18	29	эстонка.	id.	растительн.	id.	—	10	улучшеніе
19	30	латышка	Чернорабоч.	id.	id.	—	45	умерла
20	32	эстонка.	Прачка.	id.	id.	Горячій чай	51	выздоровѣла
21	31	полька.	Домашнее хозяйство	Смѣшанная хорошая	id.	id.	28	выздоровѣла
22	53	эстонка.	id.	id.	id.	—	7	умерла
23	56	id.	Земледѣ- лецъ	id.	рѣдко.	—	43	выздоровѣлъ
24	31	русскій Лифляндск.	id.	Растительн.	Злоупотреб.	—	16	умеръ
25	53	эстонецъ	id.	Смѣшанная	id.	—	12	улучшеніе

Изъ этой таблицы видно, что и здѣсь, какъ въ Петербургѣ и Москвѣ, мужчины заболѣваютъ чаще, чѣмъ женщины (18 : 7) — въ 2½ раза; по возрасту больные дѣлятся такъ :

1) Отъ 15 до 20 лѣтъ заболѣлъ	1.
2) Отъ 20 до 30 „ „	10.
3) Отъ 30 до 40 „ „	7.
4) Отъ 40 до 50 „ „	3.
5) Отъ 50 до 60 „ „	3.
6) Отъ 60 до 70 „ „	1.
	<hr/> 25.

Такимъ образомъ наибольшее число заболѣваній приходится на возрастъ отъ 20 до 30 лѣтъ — 10, далѣе слѣдуетъ возрастъ отъ 30 до 40 лѣтъ — 7, слѣдующіе два возраста дали одинаковое число заболѣваній — по 3; въ преклонномъ и юномъ возрастѣ заболѣваютъ меньше всего — по 1-му. Всѣ наши больные или Лифляндскіе уроженцы, или очень давно живущіе въ этой губерніи, главнымъ образомъ принадлежащіе къ эстонской народности — именно 19 человекъ, русскихъ было только — 3; далѣе — 1 латышка, — 1 еврейка и — 1 поляка. По занятіямъ наши больные дѣлятся такимъ образомъ :

Землевладѣлецъ	1
Земледѣльцевъ	14
Занимающихся домашнимъ хозяйствомъ . .	4
Прачка	1
Кузнецъ	1
Ремесленникъ	1
Кабатчикъ	1
Чернорабочій	1
Желѣзнодорожный рабочій	1

25.

Большинство больныхъ питается грубою растительною пищею — 15 человекъ, смѣшанную ѣду, куда входитъ и мясо, ѣдятъ несравненно рѣже (5), и удовлетворительно питаются только пять человекъ. Спиртными напитками злоупотребляли рѣдко (4 человека); водку и пиво большею частію пьютъ умеренно (11 человекъ) и совершенно не употребляютъ спиртныхъ напитковъ 10 человекъ. Изъ вредныхъ привычекъ, которые могли бы содѣйствовать заболѣванію пищеварительныхъ органовъ нужно отмѣтить то, что нѣкоторые любили пить горячій чай въ большомъ количествѣ (4 челов.); одна больная употребляла много раздражающихъ вкусовыхъ веществъ (горчицу, перецъ и проч.) и одинъ сильно перетягивался поясомъ.

Въ клиникѣ больные оставались не долго. Всѣми вышедшими изъ клиники было проведено 717 дней, такъ что каждый больной въ среднемъ оставался 32½ дня, мужчины пробыли 589 дней, или около 33-хъ дней каждый, а женщины — 128 дней, или — 18 дней каждая. Умершіе провели 68 дней, или приблизительно по 23 дня каждый. Изъ всѣхъ больныхъ, оставившихъ клинику, совершенно выздоровѣло — 13 человекъ, вышло съ улучшеніемъ — 7 человекъ и безъ улучшенія — 2. Итакъ на основаніи нашей таблицы (XII) мы должны придти къ тому заключенію, что въ данной мѣстности мужчины болѣе подвержены заболѣванію язвой, чѣмъ женщины, наичаще заболѣваютъ люди, занимающіеся тяжелой крестьянской работою, т. е., земледѣліемъ, и при томъ употребляющіе грубую растительную пищу, по преимуществу черный хлѣбъ и въ большомъ количествѣ картофель; употребленіе спиртныхъ напитковъ, повидимому, не оказываетъ особаго вліянія на предрасположеніе къ заболѣванію; такъ-же нельзя отмѣтить какихъ нибудь особыхъ привычекъ, которыя-бы содѣйствовали по-

явленію болѣзни. Мужчины гораздо дольше подвергаются лѣченію, чѣмъ женщины; и въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ къ улучшенію, или излѣченію, требуется приблизительно около 33-хъ дней. Главный контингентъ больныхъ составляютъ эстонцы — 19 человѣкъ, остальные больные, принадлежащіе къ другимъ народностямъ или родились въ Лифляндской губерніи или въ ней очень долго жили.

На значительную частоту круглой язвы желудка въ Лифляндской губерніи обратилъ вниманіе пр. С. М. Васильевъ, въ своемъ отчетѣ по клиникѣ за 1893 г. ¹⁾ „Фактъ частоты здѣсь *ulcus ventriculi*, говоритъ онъ, насъ поражаетъ тѣмъ болѣе, что въ другихъ мѣстахъ Россіи, какъ намъ извѣстно, круглая язва желудка со всѣми ея послѣдствіями въ высшей степени рѣдка. Невольно это обстоятельство приходится ставить въ связь съ усиленнымъ питаніемъ здѣшняго населенія картофелемъ, такъ какъ никакой другой причины мы не могли найти для объясненія этого явленія; ни артеріосклерозъ, ни анемія очевидно не играютъ здѣсь роли въ качествѣ этиологическаго момента. Артеріосклерозъ и анемія несомнѣнно, хотя встрѣчаются здѣсь и часто, но не совпадаютъ съ появленіемъ *ulcus ventriculi*: артеріосклерозъ встрѣчается въ болѣе пожиломъ возрастѣ, тогда какъ *ulcus ventriculi* чаще всего констатируется у болѣе молодыхъ субъектовъ. Противъ анеміи, какъ этиологическаго момента для развитія *ulcus ventriculi*, говоритъ необыкновенная частота этой болѣзни въ Петербургѣ, при чрезвычайной рѣдкости тамъ круглой язвы желудка“. Предположеніе пр. Васильева о вліяніи картофельнаго питанія на частоту заболѣванія язвой желудка лицъ, употреблявшихъ въ большомъ количествѣ

¹⁾ С. М. Васильевъ. Ученныя записки Императорскаго Юрьевского Университета 1893 г. № 4.

этотъ пищевой продуктъ, какъ увидимъ ниже, имѣетъ извѣстное основаніе. Какъ уже сказано, бѣднѣйшая часть населенія Лифляндской губерніи питается по преимуществу грубой растительной пищей, гдѣ картофель играетъ не мало-важную, если не первенствующую роль. Это пищевое средство очень распространено и мѣстное населеніе его любитъ, мяс же потребляется очень мало, поэтому въ желудокъ, гдѣ перевариваются главнымъ образомъ бѣлки, ихъ попадаетъ очень немного, потому что въ картофелѣ бѣлки представляютъ небольшую составную часть. Такъ по анализамъ Кенига ¹⁾ (*die menschlichen Nahrungs- und Genussmittel v. Dr. König. Zweite Auflage. Berlin 1883, S. 427*) мы имѣемъ слѣдующее процентное отношеніе веществъ, входящихъ въ составъ клубней картофеля:

	В о д а	Азотъ содер- жащія вещества	Ж и р ъ	Крах- малъ	Клѣт- чатка.	З о л а
Наименьшее	68,29 %	0,58 %	0,03 %	18,75 %	0,28 %	0,53 %
Наибольшее	82,86 %	3,66 %	0,31 %	21,24 %	1,37 %	1,45 %
Среднее	75,48 %	1,95 %	0,15 %	20,69 %	0,75 %	0,98 %

Приведенныя цифры указываютъ, что первое мѣсто, послѣ воды, въ картофелѣ занимаетъ крахмалъ, въ среднемъ почти 21 %, а на долю азотъ содержащихъ веществъ приходится около 2 %. Такимъ образомъ, проголодавшійся человѣкъ наполняетъ свой желудокъ крахмаломъ въ то время, когда у него въ изобиліи находится въ желудкѣ желудочный сокъ, и соляной кислотѣ, входящей въ его составъ приходится переваривать малое количество бѣлковъ, поэтому

¹⁾ Нѣмченковъ. Картофель и его питательность. СПб. 1886 г., стр. 17.

часть ея, находясь въ свободномъ состояніи, несомнѣнно должна вліять на слизистую оболочку желудка, и если гдѣ нибудь слизистая представляетъ изъ себя мало снабжаемую кровью ткань, неспособную нейтрализовать разъѣдающее дѣйствіе соляной кислоты, то послѣдняя и перевариваетъ слизистую желудка на ограниченномъ мѣстѣ; отсюда, благодаря картофельному питанію, создаются условія для возникновенія язвы желудка. Разъ язва возникла, то, понятное дѣло, она будетъ существовать и развиваться, если существуютъ прежнія условія питанія. Къ этому нужно еще прибавить, что благодаря продолжительному картофельному питанію, можетъ быть и сами клѣтки организма дѣлаются мало стойкими и неспособными выдерживать дѣйствіе различныхъ вредныхъ началъ; такое состояніе клѣточныхъ элементовъ не представляется невѣроятнымъ. Докторъ Нѣмченковъ описываетъ особый типъ человѣка, питающагося по преимуществу картофелемъ (kartofarz — по польски, или картофлянъ — по русски) и выросшаго на этомъ кормленіи. Такой человѣкъ представляется крайне плохо развитымъ физически, слабосильнымъ, съ блѣдными покровами и большимъ животомъ. Къ этому типу какъ нельзя болѣе подходитъ мѣстный житель бѣднаго состоянія; особенно это рѣзко бросается въ глаза у дѣтей и подростковъ, когда у нихъ еще плохо развита мускулатура; у такихъ дѣтей обыкновенно бываетъ поразительно великъ животъ, желудокъ очень растянутъ, грудные органы приподняты кверху. Разъ возможенъ слабый ростъ и вообще плохое питаніе организма, подъ вліяніемъ преимущественнаго потребленія картофеля, то несомнѣнно, что и питаніе отдѣльныхъ элементовъ организма (клѣтокъ) должно измѣниться и придать имъ характеръ малой устойчивости въ борьбѣ съ разными вредными агентами. Всякій-ли картофель такъ дурно дѣй-

ствуетъ на организмъ, или-же выросшій на извѣстной почвѣ и при извѣстныхъ климатическихъ условіяхъ, сказать трудно, хотя нужно думать, что послѣднія обстоятельства не остаются безъ значенія въ этомъ отношеніи, такъ какъ есть указанія, что почва, климатъ, количество атмосферныхъ осадковъ и способъ сохраненія продукта вліяютъ на составъ картофеля не только въ количественномъ отношеніи, мѣняя процентное содержаніе крахмала и азотъ содержащихъ веществъ, но даже отчасти — и качественно¹⁾. Нужно думать, что не остается безъ вліянія, въ качествѣ предрасполагающаго момента, также и самый способъ приготовленія картофеля для ѣды. Обыкновенно нечищенный и нерѣзанный картофель отвариваютъ и ѣдятъ пока онъ горячій, при нѣкоторой торопливости не пережеванные, горячіе куски картофеля попадаютъ въ желудокъ, и могутъ вызвать тѣ послѣдствія, которыя наблюдались у кухарокъ Бамбергеромъ и Гугеромъ. Кромѣ того горячій картофель, распаривая стѣнки желудка, можетъ способствовать развитію атоніи его, отсюда новый элементъ, нарушающій правильность дѣйствія желудка, застой пищи въ немъ съ послѣдующимъ броженіемъ.

Многіе авторы причину частоты заболѣванія язвой въ извѣстной мѣстности видятъ въ томъ обстоятельствѣ, что населеніе данной мѣстности питается грубой растительной пищей, чѣмъ можно было-бы объяснить и то, что эстонцы, которые также питаются грубой, растительной пищей, часто подвергаются названному заболѣванію, но это объясненіе не во всѣхъ случаяхъ вѣрно и съ нимъ стоитъ въ противорѣчій тотъ фактъ, что пища русскаго простолюдина не менѣе груба, чѣмъ пища эстонца, а между тѣмъ заболѣваніе язвой русскихъ представляется чрезвычайной рѣдкостью. Взглядъ

1) Нѣмченковъ I. с. 18—23.

Sohlern'a¹⁾ на причину рѣдкаго заболѣванія язвой въ Россіи и въ нѣкоторыхъ другихъ мѣстностяхъ Европы диаметрально противоположенъ мнѣнію тѣхъ авторовъ, которые на грубую растительную пищу смотрятъ, какъ на моментъ, обусловливающий возникновеніе язвы; онъ полагаетъ, что Русскіе именно потому и рѣдко страдаютъ язвой желудка, что питаются по преимуществу растительной пищей. Этотъ свой взглядъ Sohlerн развиваетъ довольно обстоятельно. Полагая, что безъ аномаліи крови не можетъ развиваться круглая язва желудка, авторъ думаетъ, что должно быть и такое состояніе (аномалія) крови, которое препятствуетъ образованію язвы; аномаліи крови возникаютъ на почвѣ извѣстнаго типа питанія.

Изъ извѣстныхъ автору народовъ рѣже всего встрѣчается язва у русскихъ и на баварскихъ альпахъ. Русскій простолюдинъ питается по преимуществу растительной пищей, мясо употребляетъ чрезвычайно рѣдко, главная ѣда капуста и черный хлѣбъ; въ страдную пору употребляется вяленая рыба и овощи. Водку пьютъ въ изобиліи, а по праздникамъ — черезъ мѣру (видно авторъ очень мало знакомъ съ жизнью русскаго крестьянина, болѣе близкое знакомство указало-бы ему, что русскіе вообще пьютъ водки менѣе другихъ народовъ, что доказывается послѣдними вычисленіями расхода спирта въ разныхъ странахъ: оказывается, что количество потребляемаго спирта приходится на человѣка менѣе всего въ Россіи); пива русскіе почти совсѣмъ не пьютъ, но за то пьютъ много чаю и такой температуры, которая способна вызвать язву. Жители баварскихъ альпъ такъ-же, какъ и въ Россіи, питаются по преимуществу растительной пищей и такъ-же, какъ и Русскіе, употребляютъ много ка-

1) Sohlerн. Berliner kl. Wochenschrift 1889, № 13.

пусты и чернаго хлѣба, преобладаетъ картофель. Молоко и свиное мясо въ копченомъ видѣ употребляютъ только по праздникамъ и то зажиточные люди, водки пьютъ много. Подъ вліяніемъ исключительнаго питанія растительной пищей въ кровь поступаетъ калийныхъ солей почти на $\frac{1}{3}$ болѣе, чѣмъ при питаніи смѣшанной или обильной мясной пищей. Русскіе, какъ питающіеся растительной пищей, ежедневно получаютъ калия на 2,95 грм. болѣе нѣмца, такое-же избыточное потребленіе калия происходитъ и у жителей баварскихъ альпъ; принимая въ соображеніе съ одной стороны незначительность заболѣванія язвой у названныхъ народовъ, а съ другой — избыточное потребленіе калия, нужно думать, что первое явленіе находится въ зависимости отъ второго и что жители мѣстностей, отстоящихъ другъ отъ друга на далекомъ разстояніи и разныхъ по климату, рѣдко заболѣваютъ язвой потому, что условія питанія у нихъ одинаковы и застраховываютъ отъ названнаго заболѣванія, увеличивая щелочность крови большимъ, чѣмъ у другихъ народовъ, поступленіемъ въ нее солей калия. Подтвержденіе того, что растительная пища создаетъ иммунитетъ къ язвѣ, можно еще видѣть въ томъ фактѣ, что у травоядныхъ (лошадей, быковъ и овецъ), не смотря на частоту катарральныхъ язвъ, пептическая язва принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что хотя ему не удалось выяснить, какая аномалія крови содѣйствуетъ возникновенію *ulcus'a*, но все-таки онъ указалъ на такое состояніе крови, которое, повидимому, даетъ громадную защиту противъ язвы желудка. Мнѣніе Solern'a представляется нѣсколько теоретичнымъ, и нуждается во всесторонней провѣркѣ, какъ со стороны опыта такъ и наблюденія. Это необходимо еще и потому, что существуютъ факты, стоящіе въ прямомъ съ нимъ противорѣчій, какъ напр. наши слу-

чаи, гдѣ больные язвой почти всѣ питались растительной пищей. Что касается травоядныхъ, на которыхъ ссылается авторъ, то у нихъ язва не представляется особой рѣдкостью, какъ онъ думаетъ; она довольно часто встрѣчается у телятъ въ возрастѣ отъ 6 недѣль до одного года, что пришлось наблюдать Ostertay¹⁾ въ Берлинѣ. Судя по описаніямъ, нѣтъ никакого сомнѣнія, что это были пептическія язвы, въ двухъ случаяхъ было даже прободеніе. Кромѣ того нужно замѣтить, что животные вообще рѣже²⁾ заболѣваютъ (не инфекціонными формами), чѣмъ человѣкъ, такъ что нѣтъ ничего удивительнаго, что и язва у нихъ встрѣчается рѣдко.

Безспорно, извѣстнаго типа довольствіе населенія должно оказывать вліяніе на большее или меньшее предрасположеніе къ заболѣванію круглой язвой желудка, хотя трудно въ настоящее время сказать, въ чемъ заключается это вліяніе; во всякомъ случаѣ ему нельзя придавать значеніе исключительнаго фактора, такъ какъ здѣсь такую-же роль должны играть климатическія и почвенныя условія, условія быта и привычки населенія, словомъ все то, подъ вліяніемъ чего вырабатывается и что составляетъ самый типъ населенія; отсюда намъ представляется болѣе правдоподобнымъ, объясненіе большаго или меньшаго предрасположенія жителей извѣстной мѣстности къ заболѣванію язвой, принадлежностью къ той или другой народности.

Значеніе предрасполагающихъ къ заболѣванію язвой моментовъ многими приписывается различнымъ занятіямъ и профессіямъ, такъ напр. Бамбергеръ³⁾ часто наблюдалъ

1) Ostertay. Fortschritte der Medicin. Bd. 7, № 9, 1889, реф. изъ Deutsche Zeitschrift f. Thiermedie.

2) Ozer l. c. стр. 72.

3) Эйхгорстъ. l. c. 144.

круглую язву у кухарокъ, что Кунце¹⁾ объясняетъ пробованіемъ горячей пищи, вслѣдствіе чего образуются въ желудкѣ струпы, а за ними и язвы; это объясненіе имѣетъ, повидимому, подтвержденіе въ опытахъ Decker'a²⁾, который вводилъ черезъ зондъ собакѣ горячую кашу и вызывалъ такимъ образомъ круглую язву. Далѣе указывается на частоту язвы у работниковъ на фарфоровыхъ заводахъ и у шлифовальщиковъ стекла; эта частота язвъ у названныхъ лицъ объясняется тѣмъ, что острые частицы проглоченной пыли, внѣдрившись въ слизистую желудка, даютъ поводъ къ образованію язвъ³⁾. Можетъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ, приведенныя причины и вызывали язву, но придавать имъ большое значеніе нѣтъ основанія, такъ какъ, съ одной стороны, мы видимъ массу лицъ, глотающихъ горячую пищу и не страдающихъ круглой язвой (въ нашихъ наблюденіяхъ не отмѣчено ни одной кухарки); съ другой стороны нѣтъ указаній и на то, чтобы у работающихъ на суконныхъ фабрикахъ, гдѣ въ воздухѣ носится много мелкихъ и достаточно острыхъ волосковъ, которые проглатываются рабочими, чаще наблюдалась язва, чѣмъ у другихъ рабочихъ. Намъ кажется, что причина въ такихъ случаяхъ лежитъ въ ослабляющемъ вліяніи на организмъ того или иного занятія, при тѣхъ или иныхъ условіяхъ обстановки.

Изъ вредныхъ привычекъ, могущихъ способствовать образованію язвы указываютъ обыкновенно на злоупотребленіе спиртными напитками, при чемъ Гергардтъ⁴⁾ приписываетъ алкоголю способность обусловливать кислое броженіе въ желудкѣ и этимъ мѣнять нормальное отношеніе содержимаго въ

1) Кунце l. c. 246.

2) Эйхгорстъ l. c. 144.

3) Ozer l. c. 72.

4) Жаку l. c. 72.

немъ къ щелочности крови. Однако Кунце¹⁾ рѣдко наблюдалъ язву у лицъ, злоупотреблявшихъ спиртными напитками и по нашимъ наблюденіямъ у пьяницъ круглая язва развивается не часто, гораздо рѣже, чѣмъ у лицъ вовсе не употребляющихъ спиртные напитки.

Кромѣ названныхъ предрасполагающихъ моментовъ въ литературѣ есть указаніе на то, что ношеніе крѣпко стянутого пояса, или-же корсета, можетъ вызвать на желудкѣ, такъ называемыя шнуровыя борозды и тѣмъ обусловить появленіе круглой язвы. Докторъ Rasmussen²⁾ говоритъ, что шнуровыя борозды желудка встрѣчаются чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ (32—36 противъ 7), что объясняется женской одеждой, требующей большаго стягиванія; обыкновенно эти борозды идутъ параллельно лѣвой реберной дугѣ, которая при наполненномъ желудкѣ и при стянутой одеждѣ производитъ давленіе на серозную оболочку желудка, иногда подобное давленіе производитъ и лѣвая доля печени, слѣдствіемъ чего является утолщеніе серозной оболочки желудка и могутъ образоваться сращенія съ діафрагмой и пр. Обыкновенно шнуровая борозда идетъ отъ середины малой кривизны къ большой кривизнѣ желудка. Часто эти борозды совпадаютъ съ такими-же на печени. Соответственно бороздѣ слизистая оболочка часто бываетъ атрофирована, въ этихъ мѣстахъ авторъ находилъ рубцы отъ бывшихъ язвъ, а иногда и язвы; поэтому онъ считаетъ давленіе, которое производитъ измѣненіе стѣнокъ желудка съ послѣдующимъ частичнымъ некрозомъ слизистой его, одной изъ важныхъ причинъ круглой язвы желудка; это, такъ сказать, травматическая причина круглой язвы. На

1) Кунце I. с. 246.

2) Rasmussen Centralblatt f. die medic. Wissenschaft 1887, Nr. 10.

травму, какъ на причину, указываетъ и Эйхгорстъ¹⁾, приводя случай съ берейторомъ, которой во время скачки сильно ударилъ объ луку сѣдла область эпигастрія, отъ чего у него образовалась язва желудка, сведшая его въ могилу, благодаря сѣуженію pylorus'a. Сюда-же можно отнести и нашъ случай съ кузнецомъ (набл. 7), который часто получалъ удары въ животъ копытами лошадей, при ковкѣ ихъ, слѣдствіемъ чего появилась язва желудка, окончившаяся выздоровленіемъ. Въ числѣ причинъ круглой язвы указываютъ еще на обширные ожоги тѣла, при чемъ язва наблюдается не только въ желудкѣ, но и въ двѣнадцати-перстной кишкѣ.

Относительно того, мужской или женскій полъ болѣе предрасположенъ къ заболѣванію язвой, между авторами существуетъ разногласіе, одни считаютъ болѣе предрасположеннымъ женскій полъ, другіе — мужской. „Всѣ согласны въ томъ говоритъ Бирхъ-Гиршфельдъ²⁾, что у женщинъ эта болѣзнь встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ, среднимъ числомъ можно считать, что 60% больныхъ язвой — женщины.“ По Brinton'y³⁾ у женщинъ болѣзнь встрѣчается въ два раза чаще, чѣмъ у мужчинъ, съ чѣмъ вполне согласны Grünfeld⁴⁾ и Штрюмпель⁵⁾; по Цимсену отношеніе круглой язвы желудка у женщинъ къ таковой-же у мужчинъ, какъ 38:15; по Рокитанскому какъ 46:33⁶⁾. Лейбе⁷⁾ къ этому вопросу относится нѣсколько осторожнѣе, чѣмъ другіе авторы: „ка-

1) Эйхгорстъ I. с. 145.

2) Бирхъ-Гиршфельдъ I. с. 897.

3) Oser I. с. 72.

4) id. I. с. 72.

5) Част. пат. и терап. т. I. 1884 стр. 514.

6) Засѣцкій I. с. 282.

7) Лейбе I. с. 85.

жется, что женщины больше подвержены этой болѣзни, чѣмъ мужчины,“ и по нашему эта осторожность далеко не лишняя. Къ числу противниковъ мнѣній выше названныхъ авторовъ относится Лебертъ¹⁾; „многіе утверждаютъ, говоритъ онъ, что эта болѣзнь бываетъ чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, я, въ этомъ отношеніи, не могъ найти никакого замѣтнаго расличія.“ Starke²⁾ по своему матеріалу, собранному въ Тюрингии, прямо доказалъ обратное, т. е., что мужчины заболѣваютъ чаще, чѣмъ женщины. Изъ нашего матеріала, собраннаго въ Юрьевѣ и добытаго изъ цифръ доктора Липскаго и Московскихъ больничныхъ отчетовъ, тоже явствуетъ, что мужчины заболѣваютъ чаще женщинъ въ 2 или 2½ раза. Такимъ образомъ, на основаніи нашихъ данныхъ и въ виду разногласія авторовъ, нужно думать, что преобладаніе одного пола надъ другимъ, въ смыслѣ большаго предрасположенія къ заболѣванію язвой, не существуетъ.

Относительно возраста, въ которомъ наичаще люди подвергаются заболѣванію круглой язвой желудка, тоже существуютъ разногласія. Одни говорятъ, что заболѣваютъ наичаще люди молодого возраста отъ 15—25 лѣтъ (Штрюмпель, Осег, Эйхгорстъ, Засѣцкій); другіе утверждаютъ, что, чѣмъ старше субъектъ, тѣмъ возможность заболѣть круглой язвой желудка становится вѣроятнѣе (Жаку); въ дѣтскомъ возрастѣ язва встрѣчается, какъ большая рѣдкость (Reimer, Chvostek, Brinton)³⁾. Лейбе⁴⁾ склоненъ думать, что молодой возрастъ болѣе предрасполагаетъ къ заболѣванію и, если болѣзнь встрѣчается на вскрытіи

1) Лебертъ I. с. 463.

2) Эйхгорстъ I. с. 144.

3) id. I. с. 143.

4) Лейбе I. с. 85.

часто у стариковъ, то это затянувшіеся случаи, посему данныя клиническія, въ этомъ отношеніи, имѣютъ большую цѣну, чѣмъ анатомическія. Авторъ приводитъ слѣдующую таблицу, составленную на основаніи цифръ Lebert'a; эти цифры относятся къ больнымъ, пользовавшимся клинически, въ Цюрихѣ и Бреславлѣ:

Цюрихъ.					Бреславль.			
Возрастъ	мужч.	Женщ.	сумма	%	м.	ж.	сумма	%
5—10 л.	0	0	0	6,5	0	1	1	10,7
11—15	0	1	1		0	2	2	
16—20	2	0	2		2	17	19	
21—25	0	4	4	39,1	4	26	30	33,6
26—30	7	7	14		6	33	39	
31—35	2	3	5	21,8	10	33	43	35,9
36—40	3	2	5		8	23	31	
41—45	1	2	3	13,0	4	10	14	13,5
46—50	2	1	3		8	6	14	
51—55	1	2	3	15,2	2	4	6	4,8
56—60	2	2	4		2	2	4	
61—65	1	0	1	4,4	1	2	3	1,5
66—70	1	0	1		0	0	0	

Сопоставляя эти цифры съ нашими наблюденіями и цифрами, мы должны придти къ тому заключенію, что возрастъ между 20 и 40 годами наиболѣе подверженъ заболѣванію круглой язвой желудка, причемъ нужно отмѣтить, что между 20 и 30 годами заболѣваемость нѣсколько интенсивнѣе, чѣмъ между 30 и 40 годами.

Изъ болѣзненныхъ состояній организма, содѣйствующихъ образованію язвъ, большинство авторовъ приписываетъ боль-

шое значеніе хлорозу. Lebert¹⁾ думаетъ, что круглая язва можетъ одинаково развиться, какъ у людей крѣпкихъ, такъ и у людей нѣжнаго сложенія, или ослабленныхъ какою нибудь болѣзнью; повидимому она чаще наблюдается при чахоткѣ и при перемежной лихорадкѣ, наблюденія Jaksch'a²⁾ совпадаютъ съ наблюденіями Леберта относительно чахотки, но онъ полагаетъ, что слабые субъекты заболѣваютъ скорѣе; последнее поддерживаетъ и Жаку³⁾, приписывая большое значеніе, въ смыслѣ предрасположенія къ заболѣванію, разнымъ ослабляющимъ организмъ моментамъ — болѣзнямъ, излишества и пр., и, какъ на довольно частую причину язвы, указываетъ на хлорозъ. Лейбе⁴⁾, указавъ на то, что послѣродовой періодъ и кормленіе могутъ быть причинами язвы, говоритъ: „слабая конституція, хлорозъ и анемія предрасполагаютъ къ появленію язвы больше, чѣмъ крѣпкое тѣлосложеніе, хотя ею поражаются и homines quadrati“; это усиленное предрасположеніе при названныхъ состояніяхъ объясняется плохимъ питаніемъ сосудистыхъ стѣнокъ и большею ихъ разрываемостью. Изъ другихъ болѣзненныхъ состояній, кромѣ названныхъ, указываютъ еще на инфекціонныя заболѣванія (Эйхгорстъ), сифилисъ (по Steffen'у въ 11 % всѣхъ язвъ)⁵⁾, пороки сердца (Кунце), атероматозъ сосудовъ (Засѣцкій); Ogd находилъ совпаденіе круглой язвы желудка съ пери- и эндокардитомъ⁶⁾.

Изъ вышеизложеннаго явствуетъ, что въ значительной степени предрасполагаютъ къ заболѣванію круглой язвой

1) Lebert l. c. 463.

2) Нимейеръ l. c. 104.

3) Жаку l. c. 148.

4) Лейбе l. c. 86.

5) Засѣцкій l. c. 281.

6) Щербаковъ l. c. 287 (изъ the medical Record 1888, 23 Jün. По реф. Врача 1888 г. № 36, стр. 718).

болѣзни, ослабляющія организмъ, и въ частности тѣ, которыя или прямо, или посредственно влекутъ за собою измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ или самой крови; къ числу послѣднихъ принадлежитъ анемія; относительно ея значенія въ этиологіи круглой язвы согласны почти всѣ авторы; кромѣ того, существуютъ прямые опыты надъ животными, которымъ была сдѣлана искусственная язва желудка и у которыхъ она не заживала, при условіи искусственно вызванной анеміи. Такіе опыты были произведены Quincke, Daetwyler'омъ, Silbermann'омъ¹⁾ и А. Ив. Щербаковымъ²⁾. Этотъ послѣдній, отмѣтивши то, что отнятіе крови у животныхъ, даже въ значительныхъ количествахъ, не ведетъ за собою дурныхъ послѣдствій, благодаря способности организма приспособляться къ новымъ условіямъ и возстановлять потери, постарался свои опыты поставить такъ, чтобы измѣненія крови ближе подходили къ тѣмъ измѣненіямъ, какія наблюдаются при анеміяхъ. Поэтому не представлялось удобнымъ дѣлать животнымъ кровопусканіе, которое сопровождается жировымъ перерожденіемъ органовъ, а пришлось медленно вызывать измѣненіе въ крови путемъ отравленія ядовитыми веществами. Изъ такихъ веществъ оказались пригодными пирогалловая кислота и анилинъ, причемъ введеніе малыхъ дозъ его, съ цѣлью вызвать хроническое отравленіе (чтобы болѣе подражать явленіямъ при анеміи), оказалось наиболѣе цѣлесообразнымъ и дало лучшіе результаты. Въ этомъ направленіи А. Щербаковымъ было произведено много опытовъ. Язвы, вызванныя впрыскиваніемъ эмульсіи хромо-кислаго свинца (опыты 34, 40, 44, 45), зарубцевывались гораздо медленнѣе при условіи отравленія животнаго анили-

1) Засѣцкій l. c. 280.

2) Щербаковъ. Условія развитія круглой язвы жел. Дисс. 1891 г., 372.

номъ: въ опытѣ-же № 40 были найдены даже свѣжія язвы. Поэтому на основаніи своихъ опытовъ авторъ дѣлаетъ заключеніе, что отравленіе анилиномъ вызываетъ такія измѣненія въ крови, которыя содѣйствуютъ образованію новыхъ язвъ и мѣшаютъ заживать старымъ; причемъ замѣчено, что общее хорошее состояніе животныхъ нисколько не нарушалось. Что касается измѣненій въ крови, то при этихъ опытахъ процентъ гемоглобина всегда падалъ, уменьшалось количество кровяныхъ тѣлецъ и понижалась щелочность крови, словомъ, создавались тѣ условія, при которыхъ можетъ развиваться круглая язва.

На происхожденіе круглой язвы желудка авторы смотрятъ различно. Такъ, Рокитанскій¹⁾ предполагаетъ, что язва образуется изъ геморрагической эррозіи, причемъ часть слизистой оболочки превращается въ ограниченный струпъ, этимъ-же путемъ язва и увеличивается въ размѣрахъ. Съ этимъ вполне согласенъ Циглеръ²⁾, который за первоначальное измѣненіе считаетъ распадъ части слизистой оболочки, геморрагически инфильтрованной; геморрагическія ссадины малаго калибра заживаютъ, а болѣе крупныя при благоприятныхъ условіяхъ развиваются въ воронкообразную язву. Такого-же точно взгляда на происхожденіе язвы изъ геморрагическихъ эррозій придерживается и Sangalli³⁾, не исключая возможности возникновенія язвъ и путемъ эмболій, — геморрагическій инфарктъ, уничтожая токъ крови въ извѣстномъ мѣстѣ слизистой оболочки, затрудняетъ нейтрализацію кислоты щелочностью крови. Риндфлейшъ⁴⁾, въ подтвержденіе мнѣнія Рокитанскаго, приводитъ еще

1) Рокитанскій I. с. 279.

2) Циглеръ I. с. 484.

3) Цербаковъ I. с. 275.

4) id. 280.

то обстоятельство, что, вслѣдствіе распредѣленія сосудовъ, въ желудкѣ можетъ легко наступать венозный застой, такъ какъ сосуды проходятъ мускульный слой подъ косымъ угломъ; изъ этихъ застоевъ происходятъ эррозіи, а изъ нихъ и язвы; конусообразная форма язвы соотвѣтствуетъ формѣ инфаркта. Не всѣ, однако, раздѣляютъ мнѣніе Рокитанскаго относительно происхожденія язвъ изъ эррозіи; къ числу противниковъ нужно отнести Клебса¹⁾, который совершенно не допускаетъ этой возможности на томъ основаніи, что расположеніе эррозій не совпадаетъ съ обычнымъ положеніемъ язвъ въ желудкѣ и что язвы обыкновенно соотвѣтствуютъ какой-нибудь артеріальной вѣточкѣ. Langerhaus'у, на котораго ссылается М. Einhorn²⁾, также не представляется возможнымъ усматривать между эррозіей и язвой только градуальную разницу на томъ основаніи, что, во-первыхъ, язвы обыкновенно располагаются около малой кривизны, а у эррозій нѣтъ излюбленныхъ мѣстъ; во-вторыхъ, круглая язва болѣею частію бываетъ одна и, какъ рѣдкость, — двѣ и болѣе, эррозіи-же встрѣчаются въ большемъ количествѣ; онѣ расположены преимущественно на высотѣ складокъ слизистой оболочки и часто сливаются между собою, принимая продолговатую форму или съ развѣтвленіями, а язва болѣею частію имѣетъ круглую форму. Онъ считаетъ, что только въ исключительныхъ случаяхъ геморрагическая эррозія развивается въ язву. Работы Вирхова³⁾, расширяя и обобщая вопросъ о происхожденіи круглой язвы желудка, дали толчекъ разработкѣ многими учеными этиологии язвы. По мнѣнію Вирхова въ развитіи язвы важную роль играютъ два момента: съ одной стороны — усиленная кислот-

1) Цербаковъ I. с. 279.

2) Max. Einhorn. Berliner kl. Wochenschrift № 20, 1895.

3) Цербаковъ I. с. 274.

ность желудочного содержимаго, а съ другой — нарушение циркуляціи въ томъ или иномъ мѣстѣ слизистой оболочки желудка. Конечно, въ нормальномъ желудкѣ разъѣдающее дѣйствіе желудочного содержимаго будетъ сводиться къ нулю, но разъ гдѣ-нибудь въ слизистой нарушилась циркуляція и къ этому присоединилось еще затрудненіе въ выведеніи содержимаго изъ желудка, то этимъ самымъ создаются условія, благопріятствующія разъѣдающему дѣйствію кислаго желудочного содержимаго, тѣмъ болѣе что, благодаря задержкѣ выведенія, дѣйствіе это становится продолжительнымъ. Такимъ образомъ для развитія язвы требуется какое-нибудь мѣстное измѣненіе слизистой оболочки, чтобы кислое содержимое желудка возымѣло свое дѣйствіе. Разстройство циркуляціи сводится къ заболѣванію артерій желудка и закупориванію ихъ, застою въ области *venae portae*, ведущимъ къ гипереміи слизистой оболочки желудка, и измѣненію питанія сосудистыхъ стѣнокъ, ведущему къ аневризматическимъ и варикознымъ расширеніямъ. Этотъ взглядъ Вирхова раздѣляютъ весьма многіе, причемъ, кромѣ разстройства циркуляціи, считаютъ, какъ на примѣръ Бирхъ-Гиршфельдъ¹⁾, необходимымъ еще нарушеніе цѣлости защищающаго эпителия; но это условіе могло-бы имѣть мѣсто тогда, еслибы неизвѣстны были случаи, гдѣ даже сквозные раны желудка заживали безъ образованія язвъ. Воронкообразная форма язвы говоритъ за нарушеніе питанія въ районѣ какой-нибудь артеріальной вѣточки, отсюда вѣроятное объясненіе — эмболія или тромбозъ артеріальной вѣтки, хотя это и не всегда удается доказать. — Разбирая другія теоріи происхожденія язвы,

1) I. с. 895.

„нельзя“, говоритъ Щербаковъ¹⁾: „не согласиться съ тѣмъ, что онѣ относятся къ ученію Вирхова, какъ части къ цѣлому; онѣ суживаютъ первоначальное положеніе его, признававшего возможность разнообразныхъ нарушеній циркуляціи, выдвигая на первый планъ разстройства только извѣстнаго характера“. Ферстеръ²⁾ видитъ причину образованія язвы въ жировомъ и атероматозномъ перерожденіи стѣнокъ сосудовъ; это подтверждается между прочимъ тѣмъ, что Steiner³⁾ въ $\frac{2}{3}$ вскрытій умершихъ отъ язвы желудка находилъ заболѣваніе сосудовъ. Merkel⁴⁾, кромѣ атероматоза, находилъ еще на вскрытіяхъ умершихъ отъ язвы амилоидное перерожденіе сосудовъ, а у 94-лѣтней старухи — эмболію сосудовъ вслѣдствіе атероматоза аорты. По Lebert'у⁵⁾ причина язвы заключается въ закупоркѣ сосуда, отчего происходитъ некрозъ съ образованіемъ струпа; этотъ некрозъ можетъ зависеть отъ тромбоза или эмболіи. — Kraus⁶⁾ язву *duodeni* объясняетъ некротическимъ процессомъ, происшедшимъ вслѣдствіе дѣйствія желудочного сока на то мѣсто стѣнки, гдѣ произошло измѣненіе въ циркуляціи (остановка, затрудненіе).

Эмболическое происхожденіе круглой язвы желудка доказывается опытами Рапунъ-а⁷⁾, который впрыскивалъ въ *art. celiacis* эмульсію изъ шариковъ черного воска; въ одномъ опытѣ, черезъ нѣсколько часовъ послѣ его производства, была найдена въ желудкѣ собаки язва, въ орѣхъ величиною, имѣющая характерные признаки круглой язвы; кромѣ измѣній въ желудкѣ, онъ находилъ также измѣне-

1) Щербаковъ I. с. 281.

2) Кунне I. с. 245.

3) Засѣцкій I. с. 281.

4) 6) Щербаковъ 275.

5) *id.* I. с. 274.

7) *id.* I. с. 276.

нія и въ кишкахъ (экхимозы). Происхождение круглой язвы желудка путемъ эмболии не подлежитъ сомнѣнію, хотя, конечно, на это обстоятельство нужно смотрѣть, какъ на одну изъ причинъ, которая далеко не во всѣхъ случаяхъ имѣетъ мѣсто, такъ какъ не всегда на трупѣ можно ее констатировать, а съ другой стороны, при наличности многочисленныхъ эмболовъ, язва можетъ не оказаться.

Происхождение язвъ, влѣдствие тромбоза венъ доказалъ Мюллеръ ¹⁾. Онъ перевязывалъ *v. portae* у кроликовъ, отчего получалась инфильтрація и омертвѣніе слизистой оболочки желудка, переходившее потомъ въ язву (Müller. *Das corrosiv. Geschwür*. Erlangen 1860). Риндфлейшъ ²⁾ полагаетъ, что нарушение веннаго кровообращенія въ слизистой оболочкѣ желудка, которое легко можетъ наступить влѣдствие бѣдности (артеріальная система здѣсь богата анастомозами) въ этомъ мѣстѣ венной системы анастомозами (Генле), ведетъ къ застою крови и образованію геморрагической инфильтраціи; такое нарушение циркуляціи можетъ наступить при повторной рвотѣ и повести къ образованію язвы. Gerhardt ³⁾, не отрицая значенія травмы и эмболии, какъ причинъ образованія язвы, видное мѣсто въ этомъ отношеніи отводитъ также и повторной рвотѣ, которая можетъ вызвать кровоизліяніе въ слизистой оболочкѣ желудка. Axel Key ⁴⁾, придавая важное значеніе состоянію сосудистой системы при развитіи язвъ, думаетъ, что это состояніе находится въ зависимости отъ сокращенія мышечной оболочки желудка, которое можетъ вызвать сдавленіе венъ, переполненіе капилляровъ и изъ

1) Бирхъ-Гиршфельдъ I. с. 896.

2) id.

3) Щербаковъ I. с. 275.

4) Засѣцкій I. с. 228.

нихъ — кровоизліяніе, могущее повлечь за собою образование язвъ. Клебсъ (*Handbuch d. path. Anatomie* I. стр. 185) ¹⁾, допуская эмболическое происхождение язвъ, въ чемъ убѣдиться однако на трупахъ чрезвычайно трудно, равно какъ трудно доказать происхождение язвъ влѣдствие атероматознаго и жирового перерожденія сосудовъ и образованія тромбовъ, считаетъ нарушение циркуляціи необходимымъ условіемъ образованія язвъ, но это нарушение циркуляціи зависитъ отъ спазма какой-нибудь артеріальной вѣточки; подтвержденіе своего мнѣнія онъ видитъ въ томъ, что язвы обыкновенно развиваются въ молодомъ возрастѣ и у женщинъ, страдающихъ кардіалгіями, кои зависятъ отъ спазма сосудовъ, отсюда кардіалгія не слѣдствіе, а причина язвъ.

Возникновеніе язвъ изъ геморрагій спастическаго происхожденія, влѣдствие измѣненій въ периферической или центральной нервной системѣ, находитъ себѣ подтвержденіе въ опытахъ Schiff'a ²⁾ и Ebstein'a ³⁾. Первый перерѣзывалъ *thalami optici* и *pedunculi cerebri* одной стороны, послѣ этого, дня черезъ 4, появлялись геморрагическія инфильтраціи въ желудкѣ, за ними — эрозіи и язвы, экспериментаторъ объясняетъ это пораженіемъ центральныхъ путей вазомоторныхъ нервовъ желудка.

Ebstein впрыскивалъ въ извѣстное мѣсто четверохолмія маленькія количества крѣпкаго раствора хромовой кислоты и получалъ тотъ-же результатъ, но только гораздо скорѣе; однако такіе результаты онъ получалъ не всегда, равно не получалось никакихъ измѣненій въ желудкѣ при перерѣзкѣ обоихъ *thalami optici*; иногда Ebstein'у приходилось наблюдать измѣненія въ желудкѣ при поврежденіяхъ

1) Бирхъ-Гиршфельдъ I. с. 896.

2) Щербаковъ I. с. 281.

3) id. I. с. 282.

другихъ частей центральной и даже периферической нервной системы; большія наружныя раны тоже иногда сопровождались экхимозами въ желудкѣ. Все эти измѣненія авторъ объясняетъ прямымъ или косвеннымъ раздраженіемъ вазомоторнаго центра. Исслѣдованія Brown Sequard'a¹⁾ въ этомъ отношеніи тоже показали, что пораненіе извѣстныхъ мѣстъ головного (corpora striata) и спинного мозга ведутъ къ геморрагіямъ, но онъ видитъ не параличъ, а раздраженіе вазомоторовъ, отсюда застой и разрывы сосудовъ, вслѣдствіе сильнаго ихъ сокращенія. Опыты Koch'a и Ewald'a²⁾ съ перерѣзкой спинного мозга привели къ результатамъ аналогичнымъ съ результатами вышеприведенныхъ авторовъ.

Чрезвычайно любопытные результаты получились у доктора Aufrecht'a³⁾ при опытахъ надъ кроликами. Впрыскивая кроликамъ кантаридинъ съ цѣлью вызвать nephritis, онъ натолкнулся на одно побочное обстоятельство, которое можетъ имѣть значеніе при изученіи патогенеза круглой язвы желудка. У всѣхъ кроликовъ, подвергнутыхъ впрыскиваніямъ кантаридина подъ кожу, находились въ желудкѣ ясно выраженные измѣненія, казавшіяся въ началѣ геморрагіями слизистой оболочки; при болѣе же тщательномъ изслѣдованіи эти измѣненія оказались кровяными сгустками, величиною съ чечевицу, выполняющими дефектъ слизистой оболочки, соотвѣтственной величины, края котораго поднимаются въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ видѣ вала надъ остальной слизистой оболочкой. У одного кролика было найдено до 15 язвъ, величиною съ чечевицу, наполненныхъ сгустками крови, нѣкоторыя изъ язвъ были съ валикообразными

1) Щербаковъ I. с. 285.

2) Засѣцкій I. с. 228.

3) Centrbl. f. medicinische Wissenschaft. 1882. Nr. 31.

краями. Авторъ думаетъ, что появленіе круглой язвы, вызванной экспериментально впрыскиваніемъ кантаридина, важно для патогенеза круглой язвы, такъ какъ здѣсь язва возникла повидимому не вслѣдствіе первоначальной геморрагіи, а вслѣдствіе первоначальной ограниченной gastritis, какъ это показало микроскопическое изслѣдованіе.

Въ литературѣ есть указанія, которыя заставляютъ думать, что въ иныхъ случаяхъ причиной образованія язвъ служатъ микроорганизмы. Бѣтхеръ (Dorpat. med. Zeitschrift 1874 стр. 148)¹⁾ въ нѣкоторыхъ случаяхъ язвъ находилъ на днѣ ихъ скопленіе микроорганизмовъ. Letulle²⁾ описываетъ случай язвы желудка у субъекта, перенесшаго дизентерію; микробы, найденные въ его испражненіяхъ, были привиты морскимъ свинкамъ, и у нихъ образовались язвы желудка. Lebert³⁾ наблюдалъ язву у кролика, которому былъ впрыснутъ гной въ яремную вену; точно также находили язвы у женщинъ, умершихъ отъ родильной горячки; отсюда можно заключить, что существуетъ связь между инфекціей и язвой желудка; эту связь можно видѣть въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется тромбъ, въ которомъ помѣщаются микроорганизмы; здѣсь, кромѣ закупорки сосудовъ, можетъ быть, играютъ роль и микробные токсины. Körte⁴⁾, изучая вопросъ о микотическомъ происхожденіи язвы, изслѣдовалъ 11 язвъ и только въ двухъ случаяхъ нашелъ микрококки; язвы попадали къ нему въ довольно разложившемся состояніи.

Въ послѣднее время вопросъ о микотическомъ происхожденіи язвъ желудка поднять въ литературѣ профессо-

1) Вирхъ-Гиршфельдъ I. с. 896.

2) Щербаковъ I. с. 286.

3) id. 287.

4) Beitrag für Lehre von runden Magengeschwür. Diss. Str. 1875.

ромъ Nauwerck'омъ⁴⁾. Первый опытъ объясненія возникновенія нѣкоторой части язвъ, благодаря микроорганизмамъ, не удался (Böttcher. Zur Genese des perforirenden Magengeschwürs. Dorpater med. Zeitschrift. 1874) вслѣдствіе того несочувствія, съ коимъ это мнѣніе было встрѣчено въ Германіи. Между тѣмъ клиническое наблюденіе показываетъ, что существуетъ цѣлый рядъ инфекціонныхъ болѣзней, во время теченія коихъ могутъ возникнуть признаки, характеризующіе язву желудка. Къ числу болѣзней, находящихся въ причинной связи съ круглой язвой, нужно отнести септические заболѣванія: гнойный лимфангоитъ, хроническіе абсцессы печени, эмпіема гайморовой полости, абсцессы кожи, дизентерія, холера, сапъ, туберкулезъ, сифилисъ, малярія, рожа, пнеймонія, тифъ, оспа, дифтеритъ, ревматизмъ, эндокардитъ. Euriquez и Hallion (Ulcère gastrique experimental par toxine diphtérique. Compt. rendus hebdomad. 1893 p. 1025) наблюдали у собакъ и морскихъ свинокъ послѣ подкожнаго введенія токсиновъ дифтерита ограниченныя некрозы слизистой оболочки желудка съ послѣдовательнымъ образованіемъ язвъ; этотъ некрозъ авторы объясняютъ токсическимъ эндартеритомъ въ области submucosa. Въ одномъ случаѣ пуэрперальной лихорадки на слизистой оболочкѣ передней стѣнкѣ желудка замѣчались двѣ свѣжія геморрагическія язвы съ отвѣсными краями; подъ микроскопомъ не совсѣмъ разрушенная mucosa и submucosa были пропитаны кровью, въ маленькихъ венахъ находились многочисленные стрептококки. Rehn (Zur Genese der Melaena neonatorum. Zentral-Zeitung für Kinderheilkunde 1877/78.) наблюдалъ у одного ребенка, умершаго на 5-й день послѣ рожденія отъ кровавой рвоты, большое количество дефек-

1) Nauwerck проф. München. med. Wochenschrift Nr. 38, 39. 1895.

товъ слизистой оболочки желудка величиною съ булавочную головку; на днѣ замѣчались маленькія кровяныя пробки, дно было инфильтровано множествомъ микрококковъ; мать была здорова. Относительно фолликулярныхъ язвъ желудка Heller думаетъ, что чрезъ пищеварительную трубку стрептококки проникаютъ въ желудокъ, внѣдряются въ фолликулы и производятъ нагноеніе перифолликулярной ткани; это наблюдалось между прочимъ при сифилисѣ и скарлатинѣ. Нужно думать, что въ этихъ случаяхъ круглая язва также начинается геморрагической эррозіей, а предшествовавшая ей кровяная инфильтрація вызывается микроорганизмами.

Огромное значеніе въ этиологіи язвы Silberman¹⁾ приписываетъ уменьшенію въ крови калийныхъ солей, что вполнѣ совпадаетъ съ возрѣніями Sohlern'a, однако Samelson²⁾ опытами надъ животными доказалъ, что уменьшеніе щелочности крови недостаточно для возникновенія язвы. Недостаточно обоснованнымъ представляется также и взглядъ Riegel'я³⁾ на причину возникновенія язвы желудка: онъ думаетъ, что чрезмѣрно кислый желудочный сокъ въ состояніи одинъ образовать язву, безъ измѣненія въ сосудахъ, но тогда является непонятнымъ, почему перевариваются небольшіе участки, а не сплошь вся слизистая оболочка желудка.

Нѣкоторой оригинальностью объясненія причины появленія язвы отличается взглядъ Bouveret⁴⁾. Суть дѣла, по его мнѣнію, заключается въ гиперсекреціи желудочнаго сока. Потеря вещества слизистой оболочки есть результатъ самоперевариванія, что можетъ наступить только при гипер-

1) Эйхгорстъ I. с. 146.

2) Засѣцкій I. с. 277.

3) Эйхгорстъ I. с. 145.

4) Bouveret I. с. 246

секреции, которая такимъ образомъ, предшествуя образованію язвы, играетъ первенствующую роль въ ея возникновеніи, хотя нужно замѣтить, что повышенное выдѣленіе желудочнаго сока не всегда сопровождается образованіемъ язвъ. Другое условіе, имѣющее не меньшее значеніе въ развитіи язвы, есть нарушеніе цѣлости стѣнки желудка, которое въ огромномъ большинствѣ случаевъ тоже можетъ обуславливаться разстройствомъ секреціи, такъ какъ усиленная дѣятельность железъ сопровождается обыкновенно гипереміей слизистой оболочки со всѣми ея послѣдствіями (слищиваніе эпителия, эррозіи). Кромѣ того, при гиперсекреціи замѣчается еще гиперплазія обкладочныхъ клѣтокъ, которыя выдѣляютъ дѣятельное начало желудочнаго сока. Если въ какой-нибудь группѣ железъ этотъ процессъ сильно выраженъ, то является возможнымъ перевариваніе основныхъ клѣтокъ, стѣнокъ железъ и промежуточной ткани. Эррозіи, геморрагическій инфарктъ, эмболія, ожоги, контузія и пр. приобретаютъ значеніе этиологическихъ моментовъ только при усиленной секреціи.

Конгеймъ¹⁾, у котораго при опытахъ съ эмульсіей хромокислаго свинца получалась язва, но не получалось характернаго рубца, думаетъ, что существуетъ какой-то особый агентъ, который придаетъ извѣстный характеръ какъ самой язвѣ, такъ и рубцу, остающемуся послѣ нея; этимъ особымъ агентомъ нужно считать гиперсекрецію желудочнаго сока. Опыты Matthes²⁾ говорятъ, повидимому, за то, что повышенная кислотность желудочнаго сока препятствуетъ заживленію язвы. Онъ производилъ дефекты слизистой оболочки желудка у собакъ, и дефекты заживали медлен-

1) Эйхорстъ I. с. 145.

2) Wiener medicinische Presse 1893. № 32.

нѣе у тѣхъ собакъ, у которыхъ сокъ былъ кислѣе; при нормальной кислотности желудочнаго сока, дефекты быстро зарубцевывались. Авторъ думаетъ, что повышенное содержаніе соляной кислоты при пустомъ желудкѣ можетъ даже вызвать и язву желудка.

Суммируя всѣ существующія мнѣнія о происхожденіи язвы желудка, нужно придти къ тому заключенію, что все сводится къ нарушенію питанія въ какой-нибудь части слизистой оболочки желудка, при наличности усиленной или даже нормальной кислотности желудочнаго сока, дѣйствующаго на пораженное мѣсто болѣе продолжительное время, чѣмъ это бываетъ въ нормальномъ состояніи. Нормальное питаніе клѣточныхъ элементовъ можетъ быть нарушено въ томъ случаѣ, когда самъ питательный матеріалъ (кровь) измѣненъ; А. И. Щербаковъ своими опытами надъ собаками съ большою убѣдительностію доказалъ, какое значеніе имѣетъ измѣненіе крови (анемія отъ анилина), состоящее въ уменьшеніи форменныхъ элементовъ, въ пониженіи гемоглобина и щелочности плазмы, для развитія и поддержки существованія круглой язвы желудка. Съ другой стороны нарушеніе питанія можетъ зависѣть отъ уменьшенія притока крови (нормальной) или отъ совершеннаго прекращенія его, что можетъ имѣть мѣсто при эмболіи, тромбозѣ, суженіи просвѣта сосудовъ вслѣдствіе артерioskлероза, спазма сосудовъ или сильнаго мышечнаго сокращенія стѣнокъ желудка, расширеніи просвѣта сосудовъ и кровоизліяніи въ слизистую оболочку въ зависимости отъ катарра, рвоты и пр.; такое-же значеніе могутъ имѣть и разные раздражители: механическіе, химическіе, термическіе и микотическіе. Словомъ, въ этомъ случаѣ огромное значеніе имѣетъ извѣстное состояніе кровеносныхъ сосудовъ, измѣненіе коихъ можетъ находиться въ зависимости какъ отъ

анатомическихъ причинъ, такъ и спастическихъ, стоящихъ въ связи съ измѣненіями въ периферической или центральной нервной системѣ.

Такимъ образомъ мнѣніе, высказанное Вирховымъ относительно происхожденія круглой язвы желудка, остается въ полной силѣ, т. е., что нарушеніе циркуляціи, отъ какой-бы причины оно ни зависѣло, и очень острое желудочное содержимое — два момента, наличность коихъ можетъ вызвать образованіе язвы, причемъ уменьшеніе щелочности крови является обстоятельствомъ, содѣйствующимъ образованію и препятствующимъ заживленію язвы, совмѣстно съ повышенной кислотностью желудочнаго сока. Положенія Bauveret въ сущности сводятся къ этому-же самому.

Глава IV.

Скрытая язва желудка. Симптомы язвы. Боль, ея причина и продолжительность, перемежки боли; значеніе признака для діагноза, отличіе отъ болей при другихъ заболѣваніяхъ. Рвота, значеніе признака. Кровавая рвота, количество и цвѣтъ крови, отличіе отъ кровавой рвоты при другихъ заболѣваніяхъ. Кровавые испражненія; запоръ; другіе субъективные признаки язвы. Состояніе питанія больныхъ. Напряженіе прямыхъ мышцъ живота; локализція боли; значеніе этихъ признаковъ. Цвѣтъ языка. Содержаніе соляной кислоты въ желудкѣ; опредѣленіе кислотъ въ желудочномъ сокѣ. Всасывательная и двигательная способности желудка. Состояніе крови при язвѣ; отличіе отъ рака. Распознаваніе болѣзни; отличіе отъ другихъ болѣзней.

Въ литературѣ есть не мало указаній на то, что бываютъ случаи заболѣванія язвой желудка, протекающей совершенно

скрытно, Germain Sée¹⁾ думаетъ даже, что менѣе 50 % язвъ остаются не замѣченными; такое скрытое теченіе язвъ возможно, по объясненію Dieulafoy²⁾, только въ томъ случаѣ, если онѣ находятся на малой кривизнѣ, т. е., на такомъ мѣстѣ, которое менѣе всего подвергается раздраженію пищевыми массами. Язвы подобнаго рода совершенно неожиданно открываются на вскрытіи лицъ, умершихъ отъ какой-нибудь другой болѣзни, въ иныхъ-же случаяхъ сама язва даетъ поводъ къ аутопсіи³⁾, вслѣдствіе прободенія стѣнокъ желудка съ послѣдующимъ поступленіемъ его содержимаго въ полость брюшины. Такіе случаи характеризуются внезапнымъ появленіемъ невыносимой боли подъ ложечкой, съ явленіями остраго перитонита, при отсутствіи тошноты и рвоты (Dieulafoy l. c.).

Самымъ важнымъ и наиболѣе постояннымъ субъективнымъ признакомъ язвы желудка нужно считать чувство боли; она появляется въ очень сильной степени или сразу, что бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣзнь развивается очень быстро (внезапно) и, какъ это мы наблюдали въ нашихъ 6 случаяхъ, или, при медленномъ развитіи болѣзни, постепенно доходитъ до высокой степени, что наблюдается въ большей части случаевъ.

Въ случаяхъ внезапнаго наступленія болѣзни больные часто падаютъ въ обморокъ (3 случая), нужно думать, отъ

1) Germain Sée. Медицина 1894 г., № 14, реф. изъ International kl. Rundschau 1893. №№ 45, 46, 48, 49.

2) Библиотека врача 1886, Сентябрь. Реф.

3) Такой случай имѣлъ мѣсто съ однимъ молодымъ солдатомъ, который въ день смерти совершенно исправно исполнялъ свои обязанности и, придя вечеромъ въ казармы, вдругъ почувствовалъ невыносимую боль въ животѣ и необыкновенную слабость; товарищи положили его на носилки и понесли въ госпиталь; по дорогѣ онъ умеръ. На другой день, на вскрытіи было обнаружено, что причина смерти — прободящая язва желудка. Наканунѣ смерти этотъ солдатъ былъ у врача по поводу затрудненія дефекаціи (см. примѣч. прот. № 4).

внутреннего кровотечения, ибо потомъ обыкновенно наступаютъ кровавая рвота и испражнения. Боль обыкновенно бываетъ очень сильная, иногда невыносимая, имѣетъ характеръ рѣжущій, рвущій, колющій, жгучій. Эта характерная боль постоянно наблюдается при заболѣваніи язвой, и относительно постоянства указываемаго признака нѣтъ разногласій; намъ тоже не пришлось наблюдать ни одного случая язвы, гдѣ бы боль отсутствовала. Язвы, протекающія безъ боли, нужно относить къ величайшимъ рѣдкостямъ. Какъ на рѣдкій случай отсутствія боли при язвѣ, нужно указать на наблюденіе Труссо¹⁾; это наблюденіе относится къ землекопу, 36 лѣтъ, крѣпкаго сложенія, который за 3 мѣсяца до поступленія въ больницу внезапно заболѣлъ кровавой рвотой, и въ слѣдующіе три дня у него были испражнения похожія по цвѣту и густотѣ на деготь; съ этого времени онъ началъ замѣчать упадокъ силъ и потерю аппетита, но боли въ желудкѣ никогда не чувствовалъ. Наканунѣ поступленія въ больницу кровавая рвота и испражнения повторились. То-же самое, въ теченіе двухъ дней, было и въ больницѣ, причемъ кровавая рвота была очень обильна, и больной умеръ отъ потери крови. Самое тщательное изслѣдованіе области желудка не открыло никакой опухоли, надавливаніе на желудокъ было не болѣзненно, равно больной не чувствовалъ боли и послѣдѣды. На основаніи кровавой рвоты былъ діагностированъ ракъ; если опухоль и не была найдена, то это могло объясняться слишкомъ глубокимъ ея положеніемъ, равно и отсутствіе боли скорѣе указывало на ракъ, чѣмъ на язву, такъ какъ боли при ракѣ часто не бываетъ вовсе. На вскрытіи оказалась язва у Pylorus'a, величиной въ 2 фран-

1) Труссо. Клиническія лекціи, т. II, 411 стр.

ковую монету и на днѣ ея 2 сосуда, какъ бы вскрытые ланцетомъ, которые и кровоточили.

Происхожденіе боли при язвѣ зависитъ, по мнѣнію многихъ авторовъ (Нимейеръ¹⁾, Leube²⁾ и др.), отъ раздраженія обнаженной язвенной поверхности грубой, неусвояемой пищей или же отъ переполненія желудка (Лебертъ³⁾). Штрюмпель⁴⁾ думаетъ, что вообще пищевая кашица непосредственно раздражаетъ обнаженные окончанія нервовъ, находящихся на днѣ язвы, и тѣмъ вызываетъ боль; по Эйхгорсту⁵⁾, боли возникаютъ отъ разныхъ причинъ: отъ раздраженія язвы пищевой кашицей, отъ энергичныхъ движеній желудка отъ развитія язвы и, вслѣдствіе этого, отъ разрушенія нервовъ и при спайкѣ желудка съ сосѣдними частями.

По объясненію Засѣцкаго⁶⁾, боль при язвѣ можетъ зависѣть, во-первыхъ, отъ повышеннаго содержанія въ желудкѣ соляной кислоты, которая и сама по себѣ раздражаетъ язву и, увеличивая движенія желудка, тоже вызываетъ боль, боли такого происхожденія наблюдаются наичаще натошакъ; во-вторыхъ обнаженные нервы въ язвѣ могутъ раздражаться вообще содержимымъ желудка; въ-третьихъ, боли могутъ зависѣть отъ катарра желудка, который часто сопутствуетъ круглой язвѣ; эти боли не отличаются особенной силой и вовсе не характерны для язвы, присутствіе ихъ можетъ иногда только затруднить діагнозъ.

Такимъ образомъ, возбудители боли при язвѣ, согласно

1) Нимейеръ I. с. 107.

2) Leube I. с. 87.

3) Лебертъ I. с. 459.

4) Штрюмпель I. с. 515.

5) Эйхгорстъ I. с. 148.

6) Засѣцкій I. с. 285.

Ozer'y¹⁾, сводятся или къ химическимъ раздражителямъ (кислоты), или къ механическимъ, какъ-то: пища вообще, въ частности грубая пища, движенія желудка и раздраженіе открытыхъ нервныхъ окончаній въ язвѣ содержимымъ желудка.

Боли при язвѣ бываютъ постоянныя и непостоянныя. Въ первомъ случаѣ боль непрерывно тянется въ теченіе многихъ дней, обостряясь въ извѣстные часы дня, что находится большею частію въ зависимости отъ приемовъ пищи, или же она обостряется при движеніяхъ больного²⁾. Такая постоянная боль наблюдается тогда, когда язва очень проникла въ глубину и вызвала воспаленіе сосѣднихъ частей (Ozer). У другихъ больныхъ бываютъ свѣтлые промежутки, безъ боли, которая появляется только при извѣстныхъ обстоятельствахъ. У нашихъ больныхъ непрерывная боль наблюдалась только у 10 человекъ, причемъ всякій разъ она обострялась послѣ приемовъ пищи, большею частію сейчасъ же; кромѣ пищи, на обостреніе болей часто оказывало вліяніе извѣстное положеніе больного, такъ: при лежаніи на лѣвомъ боку боли обострялись въ четырехъ случаяхъ, при положеніи на спинѣ — 1 разъ и вообще при всякомъ движеніи — 4 раза; въ этихъ случаяхъ больные обыкновенно старались лежать неподвижно. У остальныхъ 15 больныхъ очень сильная боль обычно наступала тотчасъ послѣ приемовъ пищи, а иногда 2—3 часа спустя. Кромѣ появленія болей послѣ пищи у этихъ же больныхъ иногда наблюдалась боль и на тощій желудокъ — утромъ (2 раза) и ночью (3 раза). Продолжительность приступовъ была

1) Ozer l. c. 74.

2) Кунце (l. c. 247) отмѣчаетъ тотъ фактъ, что постоянная боль подъ ложечкой у женщинъ дня за два до поступленія регулъ обостряется и стихаетъ по ихъ прекращеніи.

различна; въ тѣхъ случаяхъ, когда больного рвало, боль прекращалась вмѣстѣ съ рвотою, которая обычно наступала скоро; такое скорое, благодаря рвотѣ, прекращеніе приступа наблюдалось у 12 больныхъ. Съ цѣлью облегченія болей, нѣкоторые больные, хорошо изучившіе ихъ, ложились на животъ или прижимали колѣни къ животу и этимъ значительно облегчали свои страданія; облегченіе страданій такимъ путемъ наблюдалось у 3 больныхъ¹⁾. Leube²⁾ также дѣлитъ боли на постоянныя и перемежающіяся, причемъ наступленіе перемежекъ онъ объясняетъ такъ: кислоты желудочнаго содержимаго, вліянія механическія и термическія дѣйствуютъ на обнаженные концы нервовъ на днѣ язвы утомляющимъ образомъ, такъ что послѣ періода сильнаго раздраженія наступаетъ утомленіе и, вслѣдствіе этого, прекращеніе болей.

Относительно значенія постоянной боли въ подложечной области, какъ признака круглой язвы желудка, мнѣнія авторовъ нѣсколько расходятся. Такъ, Лебертъ³⁾ и Нимейеръ⁴⁾ говорятъ, что боль при язвѣ большею частію бываетъ постоянная, иногда же появляется пароксизмами, которые наступаютъ вечеромъ, ночью, утромъ или послѣ ѣды, причемъ въ послѣднемъ случаѣ прекращается со рвотою; если рвота наступаетъ не скоро, то приступъ сильной боли можетъ тянуться нѣсколько часовъ. Кунце⁵⁾ говоритъ только о непостоянной боли, которая начинается нѣсколько минутъ спустя послѣ ѣды, продолжается часъ

1) Кунце (l. c. 246) указываетъ на случаи, правда, рѣдкіе, гдѣ боль проходила отъ наполненія желудка.

2) Leube l. c. 87.

3) Лебертъ l. c. 459.

4) Нимейеръ l. c. 107.

5) Кунце l. c. 246.

или два, „пока совершается пищеварение“, и постепенно стихает; иногда боль прекращается вмѣстѣ съ рвотой, въ послѣднемъ случаѣ она прекращается скоро, такъ какъ рвота появляется одновременно съ болью.

Штрюмпель¹⁾, не придавая особаго значенія тупымъ постояннымъ болямъ, которыя наблюдаются и при катаррѣ желудка, говоритъ, что характерны для язвы только припадочныя боли, которыя появляются безъ всякаго порядка и только иногда въ опредѣленное время черезъ полчаса или черезъ часъ послѣ ѣды; продолжительность ихъ различна: иногда онѣ тянутся нѣсколько часовъ, иногда прекращаются чрезъ нѣсколько минутъ. Труссо²⁾ и Эйхгорстъ³⁾ считаютъ характерной для язвы только боль наступающую пароксизмами, она бываетъ обыкновенно нѣсколько разъ въ день, главнымъ образомъ, послѣ принятія пищи — или тотчасъ, или нѣсколько позже и продолжается во все время пищеваренія, но бываютъ случаи, что боль появляется и натощакъ; она всегда усиливается отъ давленія. По Засѣцкому⁴⁾ постоянныя боли бываютъ рѣдко, въ большинствѣ же случаевъ онѣ наступаютъ только послѣ ѣды, минутъ черезъ 15 и рѣдко позже, а прекращаются по выведеніи пищи изъ желудка рвотой или послѣ перехода ея въ кишки, такая боль отъ давленія обыкновенно усиливается, также усиленіе замѣчается при извѣстныхъ положеніяхъ больного.

Усиленіемъ или появленіемъ болей, при извѣстныхъ положеніяхъ больного, а также и тѣмъ, что не всегда чрезъ одинаковые промежутки времени послѣ пріемовъ пищи на-

1) Штрюмпель I. с. 515.

2) Труссо I. с. 413.

3) Эйхгорстъ I. с. 147.

4) Засѣцкій I. с. 286.

ступаетъ боль, нѣкоторые авторы думаютъ воспользоваться для опредѣленія мѣстонахожденія язвы. Такъ Эйхгорстъ¹⁾ находитъ, что, при усиленіи болей въ спинномъ положеніи, нужно предполагать язву на задней стѣнкѣ желудка, когда это усиленіе наступаетъ при положеніи на животъ — на передней, на лѣвомъ боку — у *cardia* или на днѣ желудка, на правомъ — у *pylorus'a*; при этомъ больные (Засѣцкій I. с.), для облегченія страданій, обыкновенно принимаютъ положеніе, противоположное тому, при которомъ боли усиливаются. Leube не придаетъ, однако, особаго значенія этому обстоятельству; по его мнѣнію, при язвахъ желудка боли усиливаются вообще при положеніи на лѣвомъ боку, что имѣетъ важное діагностическое значеніе для опредѣленія самого страданія.

Leube²⁾, а вмѣстѣ съ нимъ и Озер³⁾, точно также не придаютъ особаго значенія, для опредѣленія локализациі язвы, и времени наступленія болей, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы (Нимейеръ⁴⁾, Жаку⁵⁾), которые полагаютъ, что, если боль наступаетъ тотчасъ послѣ ѣды, то можно предполагать язву у входа, если — часа черезъ два, то — у выхода, появленіе болей черезъ большій промежутокъ времени заставляеть предполагать язву въ *duodenum*. По Leube, время появленія болей вовсе не характерно для опредѣленія мѣстонахожденія язвы; при язвахъ у *pylorus'a* боль можетъ наступить и тотчасъ послѣ пріема пищи, такъ какъ уже черезъ 10 минутъ нѣкоторая часть ея проходитъ черезъ *pylorus* и, слѣдовательно, имѣетъ возможность раздражать язву.

1) Эйхгорстъ I. с. 147.

2) Leube I. с. 87.

3) Ozer I. с. 74.

4) Нимейеръ I. с. 107.

5) Жаку I. с. 154.

Busch¹⁾ наблюдалъ случай свища duodeni, гдѣ пища проходила привратникъ черезъ 12 минутъ послѣ приѣма, а Pinel²⁾ указываетъ на больного съ язвой привратника, у котораго припадокъ наступалъ сейчасъ-же послѣ приѣма даже малыхъ количествъ пищи³⁾.

Что касается интенсивности болей, то, не беря во вниманіе той боли, которая болѣе похожа на тяжесть, давленіе, нужно отмѣтить, что боль при язвѣ обыкновенно бываетъ очень сильна, будетъ-ли она постоянной или же появляется пароксизмами; относительно большой силы боли при язвѣ сходятся всѣ авторы и за это говорятъ наши собственныя наблюденія. Ни въ одной изъ приведенныхъ нами исторій болѣзни не было констатировано тупой боли, свойственной катарру желудка; та постоянная боль, которую мы отмѣтили, была очень высокой степени, всегда усиливалась отъ давленія и послѣ ѣды. Это усиленіе было настолько велико, что больные не могли выносить боли, стонали, корчились, извивались въ постели, старались принять самыя невозможныя позы, чтобы сколько нибудь облегчить свои страданія; иногда появлялись даже судороги (исторія болѣзни № 19). Конечно, говоритъ Лейбе (l. c.), ощущеніе боли слишкомъ субъективно и трудно подвергнуть измѣренію силу этого чувства, но все-таки боль жгучая, сверлящая, большой силы, характерна для язвы и мучительна для больного (Лебертъ l. c.); иногда во время приступовъ мучительной боли, больные покрываются холоднымъ потомъ (Эйхгорстъ l. c.), какъ это наблюдалось у троихъ нашихъ больныхъ. По характеру боль бываетъ жгучая, рвущая, рѣжущая, сверлящая, колющая, стрѣляющая

1) Leube l. c. 87.

2) idem.

3) Въ иныхъ случаяхъ язвы, правда немногихъ, боль не только не ожесточалась отъ приѣмовъ пищи (Нимейеръ, Жаку, Эйхгорстъ, Кунце), или отъ давленія (Озеръ, Leube), но даже проходила.

и, во всякомъ случаѣ, очень рѣзкая. Относительно силы боли мнѣніе Кунце¹⁾ стоитъ особнякомъ; онъ характеризуетъ боль, при круглой язвѣ желудка, какъ постоянную, тупую боль въ области эпигастрія; боль эта похожа на чувство тяжести, стѣсненія и рѣдко бываетъ стрѣляющей, колющей, чѣмъ и отличается отъ боли при скиррѣ. — Въ дополненіе къ характеристикѣ болей при язвѣ нужно еще прибавить, что онѣ иногда дѣлаютъ перерывы недѣли на двѣ, а потомъ опять возобновляются; кромѣ того, по нашимъ наблюденіямъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наркотическія средства или вовсе не оказываютъ никакого вліянія на боль, или вліяніе это очень незначительно.

Значеніе этой характерной боли, какъ признака язвы, чрезвычайно важно въ діагностическомъ отношеніи во первыхъ потому, что эту боль трудно смѣшать съ какой нибудь другой, а во вторыхъ потому, что этотъ признакъ, за весьма рѣдкими исключеніями, постоянно наблюдается при круглой язвѣ желудка. Труссо²⁾ не придаетъ, однако, большаго значенія этому симптому, находя его нехарактернымъ, ибо онъ встрѣчается и при другихъ зыболѣваніяхъ и въ иныхъ случаяхъ можетъ отсутствовать. Боли, которыя бываютъ при другихъ болѣзняхъ и съ которыми можно было бы смѣшать боли при язвѣ, носятъ нѣсколько иной характеръ. Такъ, боли при ракѣ желудка не отличаются такой силой, какъ при язвѣ, и рѣже совпадаютъ съ приѣмами пищи; кромѣ того онѣ часто отсутствуютъ. Гастралгическія боли отличаются отъ болей при язвѣ тѣмъ, что онѣ являются внезапно и внезапно проходятъ, не имѣютъ постоянства, никакой связи съ приѣмами пищи и отъ давленія не только

1) Кунце l. c. 246.

2) Труссо, l. c. 414.

не усиливаются, а даже становятся легче; быстро поддаются дѣйствию наркотическихъ средствъ и не усиливаются отъ переменъ положенія больного. Боль при желчной коликѣ характеризуется внезапнымъ появленіемъ и исчезаніемъ, послѣ котораго часто въ испражненіяхъ находятъ желчные камни; локализуется она въ области желчнаго пузыря, не совпадаетъ съ приемами пищи, часто сопровождается желтушнымъ окрашиваніемъ кожи и рвотой; можетъ повторяться только чрезъ большіе промежутки времени. Боли, которыя бываютъ при катаррѣ желудка, скорѣе похожи на давленіе, тяжесть, онѣ не имѣютъ строгой локализаци, разлитыя и не обладаютъ такой остротой какъ при язвѣ.

Другимъ весьма частымъ, почти постояннымъ, спутникомъ круглой язвы желудка является рвота, или простая, или кровавая. Это признакъ настолько частый, что въ нашихъ 25 случаяхъ онъ не констатировался только одинъ разъ; данныя о фактѣ существованія рвоты мы получали какъ изъ анамнеза, такъ и изъ наблюденія надъ больнымъ въ клиникѣ. По Müller'у¹⁾, изъ 120 его случаевъ, рвота наблюдалась въ $\frac{3}{4}$; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ рвоты не было или она появлялась только къ концу болѣзни, положеніе язвы было необычно: 9 разъ въ duodenum, 6 разъ на малой кривизнѣ, 7 разъ на передней стѣнкѣ; на основаніи этого Leube дѣлаетъ заключеніе, что, при положеніи язвы на обычныхъ мѣстахъ, рвота не должна отсутствовать. Рвота иногда появляется натошакъ, что наблюдалось въ шести нашихъ случаяхъ, но наичаще она бываетъ послѣ ѣды одновременно съ болью, при чемъ въ однихъ случаяхъ она наблюдается послѣ каждого приема пищи (какъ это было у насъ въ 8 случаяхъ), или же — не всякій разъ послѣ ѣды

1) Leube l. c. 88.

(что было въ 9 случаяхъ). Рвота, появляющаяся натошакъ, по Засѣцкому¹⁾, вообще бываетъ довольно рѣдко, представляетъ водянисто-слизистыя массы, довольно часто щелочной реакціи, и состоитъ, главнымъ образомъ, изъ слюны, проглоченной за ночь. Рвота, наступающая послѣ ѣды, состоитъ изъ принятой пищи въ разныхъ степеняхъ перевариванія, она обыкновенно кислой реакціи, которая почти всегда зависитъ отъ соляной кислоты, рѣдко отъ кислотъ броженія (Засѣцкій); иногда въ ней находятся сарцины, желчь и пр. Одновременное появленіе боли и рвоты можетъ говорить за то, что онѣ вызываются однѣми причинами, т. е. раздраженіемъ нервовъ желудка его содержимымъ; большей частью рвота наступаетъ послѣ приемовъ грубой пищи; въ иныхъ случаяхъ она можетъ обуславливаться сопутствующимъ катарромъ желудка²⁾. Есть указанія, что очень упорныя рвоты наблюдаются тогда, когда язва помѣщается у отверстій желудка³⁾.

Сама по себѣ рвота, равно какъ и составъ ея, конечно, мало характерны для круглой язвы, такъ какъ подобная рвота можетъ быть при самыхъ разнообразныхъ заболѣваніяхъ, и между прочимъ желудочныхъ; нѣсколько, правда, могутъ указывать на ея специфичность, наблюдаемая регулярность появленія ея послѣ ѣды и совпаденіе съ острой болью, которая послѣ рвоты прекращается.

Гораздо болѣе важнымъ симптомомъ круглой язвы, хотя и болѣе рѣдкимъ, является кровавая рвота; нѣкоторые, впрочемъ, думаютъ, что она всегда должна наблюдаться при язвѣ желудка, — „рѣдко случается, замѣчаетъ Лебертъ⁴⁾,

1) Засѣцкій l. c. 287.

2) Ozer l. c. 75.

3) Эйхгорстъ l. c. 149.

4) Лебертъ l. c. 457.

чтобы во все теченіе болѣзни не замѣчено было кровавой рвоты подѣ тѣмъ или другимъ видомъ“, если не кровавая рвота, то, по крайней мѣрѣ, незначительныя кровотеченія, которыя не сопровождаются рвотой, почти неизбѣжны при развитіи язвы, при чемъ кровь попадаетъ въ кишечникъ и не замѣчается больными, благодаря ихъ невнимательности. Относительно частоты появленія кровавой рвоты при круглой язвѣ, наблюденія авторовъ различны; такъ, Müller¹⁾ изъ 120 больныхъ кровавую рвоту констатировалъ у 45 (29%), то же самое отношеніе нашелъ и Brinton (29%), Strauss Hermann²⁾ изъ 30 больныхъ видѣлъ кровавую рвоту у 13, Gerhardt въ 47%, а Leube (50%) у половины больныхъ язвой наблюдалъ ее³⁾. Такое разнообразіе наблюденій Засѣцкій объясняетъ тѣмъ, что авторы пользовались не одинаковымъ матеріаломъ; при амбулаторномъ матеріалѣ процентъ будетъ ниже, при больничномъ выше, такъ какъ въ больницу попадаютъ съ болѣе тяжелыми формами, слѣдовательно съ большей возможностью желудочнаго кровотеченія, что вполне подтверждается нашими наблюденіями, гдѣ изъ 25 случаевъ въ 13 наблюдалась кровавая рвота, слѣдовательно въ половинѣ случаевъ (цифры Лейбе составлены на основаніи клиническаго матеріала).

Количество выдѣляемой со рвотой крови бываетъ различно, оно бываетъ ничтожно при незначительныхъ кровотеченіяхъ, настолько ничтожно, что не вызываетъ рвоты, а выдѣляется кишечникомъ, при чемъ это выдѣленіе больными часто просматривается; иногда же бываетъ гро-

1) Эйхгорстъ I. с. 149.

2) Strauss H. Berliner klinische Wochenschrift № 43 1894.

3) Засѣцкій I. с. 287.

мально и представляетъ настоящія желудочныя кровотеченія; такія кровотеченія сопровождаются обмороками и имъ предшествуетъ чувство теплоты, тяжести въ желудкѣ, кровавый вкусъ во рту, далѣе слѣдуетъ тошнота и рвота чистой кровью, количество коей, по Кунце¹⁾, достигаетъ иногда двухъ фунтовъ и даже болѣе (Лебертъ, Ozer). Между ничтожнымъ кровотеченіемъ, часто не замѣчаемымъ вовсе, и большимъ существуетъ, конечно, цѣлая лѣстница. Бываютъ случаи, гдѣ, не смотря на желудочное кровотеченіе, которое узнается по быстро развившейся слабости и обмороку, кровавой рвоты не бываетъ, а на другой день появляются кровавыя испражненія. Рѣдко бываетъ, чтобы кровавая рвота, появившись, держалась долго, обыкновенно продержится день, два, рѣдко три и потомъ прекращается, чтобы опять повториться черезъ мѣсяцъ или два. Такихъ случаевъ, гдѣ рвота кровью держалась дольше указаннаго срока, у насъ отмѣчено только три. Обыкновенно крови во рвотѣ бываетъ не особенно много, причемъ она представляетъ только небольшія жилки свѣжей крови, или же вся рвотная масса окрашена въ чернобурый цвѣтъ, похожій на кофейную гущу; небольшая рвота, по наблюденіямъ Леберта²⁾, можетъ повторяться каждый день; обильная-же рвота, доходящая до нѣсколькихъ фунтовъ крови, можетъ случиться только одинъ разъ во все теченіе болѣзни, или, если повторяется, то черезъ очень большой промежутокъ времени. Количество крови во рвотѣ находится въ связи, по мнѣнію Труссо³⁾, съ калибромъ кровотокащаго сосуда; кровотеченіе изъ большихъ сосудовъ вообще бываетъ рѣдко, маленькіе-же сосуды кровоточатъ чаще.

1) I. с. 247.

2) I. с. 457.

3) I. с. 414.

Темный цвѣтъ рвотныхъ массъ не всегда бываетъ одинаковъ, отъ свѣтлобураго до дегтеобразнаго, что находится въ связи съ количествомъ излившейся крови и зависитъ отъ измѣненія составныхъ частей крови, подъ вліяніемъ желудочнаго сока; чѣмъ ранѣе наступаетъ рвота послѣ кровотеченія, тѣмъ изверженія болѣе окрашены свѣжей, не измѣненной кровью. Рвотныя массы, большею частью, состоятъ изъ пищи, смѣшанной съ кровью, иногда и изъ чистой крови, онѣ всегда кислой реакціи. Для опредѣленія присутствія крови въ сомнительныхъ случаяхъ существуетъ проба на геминъ, которая состоитъ въ томъ, что небольшое количество рвоты высушиваютъ и, вмѣстѣ съ кристалликомъ поваренной соли, кладутъ на предметное стекло, между нимъ и покровнымъ стекломъ вливается капля уксусной кислоты, препаратъ подогрѣвается и подъ микроскопомъ обнаруживаются кристаллы гемина.

Появленіе рвоты, при обильныхъ кровотеченияхъ въ желудкѣ, объясняется раздраженіемъ желудочныхъ стѣнокъ кровью, чего можетъ не быть при малыхъ кровотеченияхъ, когда еще не перейдена граница желудочной выносливости (Жаку); отсюда понятно, почему при обильныхъ кровотеченияхъ кровь свѣжая, а при маленькихъ измѣненная. Большія кровотечения, собственно, по Нимейеру¹⁾, и патогномичны для круглой язвы, остановка ихъ объясняется закупоркой кровоточащаго сосуда кровянымъ сгусткомъ; повториться оно можетъ или отъ того, что этотъ сгустокъ растворяется желудочнымъ сокомъ, или отъ того, что распространяющаяся язва разѣдаетъ новый сосудъ. Если сосудъ болѣзненно измѣненъ (атероматозъ), то усиленный притокъ крови, наступающій при обильной ѣдѣ, также

1) I. с. 108.

можетъ содѣйствовать его разрыву и кровотеченію (Leube), поэтому часто кровотечения наступаютъ неожиданно сейчасъ послѣ ѣды, или даже во время ея. (Въ нашихъ случаяхъ рвота тотчасъ послѣ ѣды наблюдалась 7 разъ). Между величиной язвы и размѣрами кровотеченія, по видимому, не существуетъ никакой связи, — въ нашихъ 2 случаяхъ (NN. XXII и XXIV), при обширныхъ разрушеніяхъ стѣнки желудка, кровотечения не было ни разу. Обильныя, желудочныя кровотечения только въ рѣдкихъ случаяхъ бываютъ непосредственной причиной смерти, послѣ нихъ больные большею частью поправляются¹⁾.

Значеніе кровавой рвоты, какъ симптома круглой язвы, очень велико, но этотъ симптомъ можетъ имѣть значеніе только при наличности другихъ. Кровавую рвоту легко смѣшать съ таковой-же при ракѣ, и всѣ отличія, на которыя указываютъ авторы, крайне ненадежны. Нимейеръ²⁾ говоритъ, что обыкновенно крови при язвѣ бываетъ больше и она менѣе черна, чѣмъ при ракѣ; на то-же обиліе крови при язвѣ указываетъ и Leube³⁾. По Жаку⁴⁾ при язвѣ кровь болѣе алая, а при ракѣ похожая на кофейную гущу; на меньшую измѣненность крови при язвѣ указываетъ такъ-же и Засѣцкій⁵⁾. По этимъ, крайне относительнымъ признакамъ, трудно, конечно, отличить кровавую рвоту при ракѣ отъ кровавой рвоты при язвѣ, и только „принятіе въ соображеніе рѣшительно всѣхъ данныхъ случая, говоритъ Штрюмпель⁶⁾, возможно болѣе личный патолого-анатомическій и клиническій навыкъ, болѣе всего

1) Эйхгорстъ I. с. 149.

2) I. с. 120.

3) I. с. 96.

4) I. с. 157.

5) I. с. 296.

6) I. с. 528.

ограждаютъ отъ ошибокъ, отъ которыхъ не застрахованъ даже самый опытный врачъ.“

Источникомъ ошибокъ могутъ еще служить случайныя попаданія крови въ желудокъ при кровотеченияхъ изъ другихъ мѣстъ; большею частью попадаетъ въ желудокъ кровь ночью при кровотеченияхъ изъ носа, десенъ и пр., она можетъ выдѣлиться рвотой или испражнениями и повести къ ложнымъ толкованіямъ, въ такихъ случаяхъ тщательное изслѣдованіе мѣстъ, откуда предполагается кровотеченіе, рѣшаетъ вопросъ. Также кровь можетъ проглатываться при кровохарканьи, здѣсь рѣшеніе вопроса еще затруднительнѣе, въ виду того, что часто, говоритъ Нимейеръ¹⁾, у страдающихъ кровохарканьемъ бываетъ и рвота, и на оборотъ, при рвотѣ часто болыныя кашляютъ, такъ что, слѣдовательно, и само кровохарканье можетъ быть принято за рвоту, здѣсь надо имѣть въ виду, что при кровохарканьи кровь алая, пѣнистая, при рвотѣ-же черная, смѣшанная съ пищей и реакція рвотныхъ массъ кислая; далѣе — за кровавой рвотой обыкновенно наступаютъ и кровавыя испражнения; кромѣ того изслѣдованіе легкаго и другіе признаки, присущіе круглой язвѣ, могутъ вывести изъ заблужденія. Такъ же поводомъ для желудочнаго кровотеченія могутъ служить еще и другія заболѣванія желудка, какъ то: бугорковыя язвы слизистой оболочки желудка, варикозныя расширения и аневризмы сосудовъ желудка, чрезмѣрные приливы крови при гастритѣ, остановившійся геморрой, Вермофова болѣзнь, цынга²⁾ и многія другія заболѣванія³⁾;

1) I. с. 125.

2) Эйхгорстъ I. с. 98

3) Труссо указываетъ на одинъ случай, гдѣ не было ни рака, ни язвы, а сдѣлалась кровавая рвота и дегтеобразныя испражнения, вслѣдствіи чего больной и умеръ; на вскрытіи оказалось, что кровоточила слизистая оболочка желудка.

только тщательное обсужденіе всѣхъ обстоятельствъ можетъ въ этихъ случаяхъ избавить отъ ошибки. Кромѣ того желудочное кровотеченіе довольно часто наблюдается у женщинъ въ то время, когда, почему-нибудь, у нихъ прекращаются мѣсячныя; эти викарирующія кровотечения объясняются чрезмѣрнымъ артеріальнымъ приливомъ къ слизистой оболочкѣ желудка¹⁾. Dr. Leopold Kuttner²⁾ говоритъ, что викарирующія кровотечения появляются периодически ко времени ожидаемыхъ *menstrua*; главнымъ образомъ, при отсутствующихъ мѣсячныхъ и при недостаточныхъ, но бываютъ иногда и при слишкомъ обильныхъ. Эти кровотечения могутъ дать поводъ къ ошибочному диагнозу въ томъ случаѣ, если къ нимъ присоединяются еще и желудочныя явленія, такъ что можно ихъ принять за кровотечения изъ язвы; поэтому, нужно быть крайне осторожнымъ съ диагнозомъ язвы у хлоротичекъ, у которыхъ наблюдаются желудочныя явленія; такія же периодическія кровотечения возможны и при язвѣ. Между прочимъ авторъ приводитъ въ примѣръ одну женщину, обильно менструировавшую, у которой въ ресторанѣ, передъ завтракомъ, вдругъ сдѣлалась кровавая рвота; чистой крови было до кофейной чашки; рвота сопровождалась легкимъ обморокомъ; черезъ $\frac{1}{2}$ часа больная оправилась и скушала рябчика, какъ ни въ чемъ не бывало; послѣ этого кровавая рвота болѣе никогда не повторялась. Вообще распознаваніе источника кровавой рвоты, по автору, довольно затруднительно; это затрудненіе еще болѣе увеличивается въ томъ случаѣ, если нужно рѣшить вопросъ, откуда кровотеченіе, изъ пищевода или изъ желудка.

1) Эйхгорстъ I. с. 98.

2) Berliner klinische Wochenschrift 1895. № 7.

Здѣсь нужно руководствоваться субъективными ощущеніями больныхъ, при язвѣ пищевода боль чувствуется при прохожденіи пищи.

Труссо¹⁾ не придаетъ большаго значенія кровавой рвотѣ въ діагностическомъ отношеніи потому, что, по его мнѣнію, этотъ признакъ часто отсутствуетъ, кромѣ того, кровавая рвота настолько-же свойственна раку, на сколько и язвѣ. Разницу можно, однако, видѣть въ томъ, что при послѣдней она встрѣчается чаще, чѣмъ при ракѣ; кромѣ того, при ракѣ кровавая рвота появляется уже въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, когда больной уже значительно исхудалъ и имѣетъ кахектическій видъ, при язвѣ же, напротивъ, въ большинствѣ случаевъ, кровавая рвота служитъ какъ-бы сигналомъ къ началу заболѣванія и уже послѣ нея начинается усиленіе боли, исхуданіе и упадокъ силъ. Далѣе, обильныя и повторяющіяся кровотечения изъ желудка, сопровождающіяся дегтеобразными испражнениями, съ болями въ подложечной области, отсутствіе опухоли въ области желудка, ослабленіе симптомовъ отъ леченія и остановка прогрессивнаго исхуданія, говорятъ за язву, а не за ракъ, при которомъ наблюдаются инѣе симптомы, какъ то: затрудненіе глотанія при ракѣ у *cardia*, прогрессивное исхуданіе и сильная блѣдность покрововъ, являющаяся безъ какихъ-бы то нибыло кровотеченій, при язвѣ же блѣдность кожи бываетъ слѣдствіемъ кровотеченія.

Столь-же частымъ спутникомъ круглой язвы желудка, какъ кровавая рвота, нужно считать и кровавыя, дегтеобразныя испражнения. Намъ кажется, что этотъ признакъ встрѣчался-бы чаще, если-бы больные были внимательнѣе

1) I. с. 414.

къ тому, что съ ними происходитъ; ибо бываютъ желудочныя кровотеченія, которыя не оканчиваются рвотой, при этомъ кровь должна перейти въ кишки и выдѣлиться въ измѣненномъ видѣ. По этому, говоритъ Эйхгорстъ¹⁾, всякій разъ, при подозрѣніи относительно желудочнаго кровотеченія, нужно тщательно изслѣдовать стулъ, такъ какъ присутствіе крови въ немъ, можетъ сдѣлать предположеніе о круглой язвѣ несомнѣннымъ. Дегтеобразный видъ испражнений зависитъ отъ измѣненія излившейся крови, подъ вліяніемъ пищеварительныхъ соковъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ, для опредѣленія присутствія крови примѣняется проба на геминъ. Относительно діагностическаго достоинства этого признака и отличія его отъ такового при ракѣ и другихъ кровотеченіяхъ можно сказать почти тоже, что и относительно кровавой рвоты. Въ нашихъ случаяхъ такой стулъ наблюдался у 13 больныхъ.

Довольно частымъ, хотя далеко не постояннымъ, признакомъ язвы желудка является запоръ, который по нашимъ наблюденіемъ бываетъ въ половинѣ случаевъ, при чемъ задержка стула на 2 дня была у 4 больныхъ, на 3 — у 6, на 4 — у 2, на пять дней и болѣе у одного; испраженія при этомъ, обыкновенно бываютъ очень сухи и иногда съ примѣсью слизи. Нѣкоторые авторы считаютъ, однако, запоръ чуть-ли не непремѣннымъ признакомъ язвы; такъ Лебертъ²⁾ говоритъ, что онъ составляетъ одно изъ наичаще встрѣчающихся явленій, вначалѣ незначителенъ, а въ послѣдствіи усиливается и стула не бываетъ по 6, 8 и даже 10 дней; Жаку³⁾ считаетъ запоръ правиломъ, если

1) I. с. 151.

2) I. с. 458.

3) Жаку I. с. 157.

нѣтъ желудочнаго кровотеченія или осложненія со стороны кишекъ. Явленіе запора при язвѣ Кунце¹⁾ ябъясняетъ преобладаніемъ антиперистальтическаго движенія, обнаруживающагося позывомъ ко рвотѣ. Траубе и Radsie-sewsky²⁾ объясняютъ его тѣмъ, что между желудкомъ и кишками существуетъ отношеніе взаимнаго возбужденія, отсюда наступаетъ вялость кишекъ, вслѣдствіи слабой дѣятельности желудка. Обыкновенно слабую дѣятельность кишечника объясняютъ атоніей ихъ, возникшей на почвѣ истощенія и малокровія; далѣе, малымъ количествомъ пищи, попадающей въ кишки, или вслѣдствіе того, что она выводится рвотой, или потому, что больные мало ѣдятъ. Задержкѣ стула не мало содѣйствуютъ, повидимому, то уныніе и апатія, которыя обыкновенно развиваются у такихъ больныхъ. Во всякомъ случаѣ, нельзя считать запоръ характернымъ признакомъ язвы, во первыхъ въ силу его непостоянства, а во вторыхъ потому, что онъ встрѣчается и при многочисленныхъ другихъ заболѣваніяхъ; но, все-таки, при наличности другихъ признаковъ язвы, и онъ можетъ служить подтвержденіемъ діагноза, тѣмъ болѣе, что онъ развивается наичаще уже въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, когда многіе другіе признаки на лицо и когда произошло значительное нарушеніе питанія организма, словомъ, когда появились условія, необходимыя для его возникновенія.

Другіе субъективные признаки, наблюдавшіеся у нашихъ больныхъ, относятся скорѣе къ явленіямъ расстройства дѣятельности желудка, чѣмъ къ круглой язвѣ и потому менѣе

1) I. с. 248.

2) Leube I. с. 91.

характерны для послѣдней. По Leube¹⁾ расстройство желудочнаго пищеваренія есть довольно частый, но не постоянный спутникъ язвы. Относительно частоты признаковъ катарра желудка при язвѣ мнѣнія авторовъ, однако, расходятся; такъ, по Леберту²⁾, аппетитъ въ большинствѣ случаевъ уменьшенъ или неправиленъ, рѣдко, по преимуществу при расширеніи желудка, онъ бываетъ усиленъ; по Нимейеру³⁾ онъ рѣдко нарушается; по Жаку⁴⁾ у больныхъ язвой „иногда сохраняется даже аппетитъ“. Наши собственные наблюденія говорятъ скорѣй за то, что у большинства больныхъ аппетитъ сохраняется, но только больные иногда отказываются отъ пищи, чтобы не усиливать болѣе (5 больныхъ); сильно же нарушается аппетитъ довольно рѣдко, и иногда онъ даже усиливается. Довольно часто наблюдается усиленіе жажды, при этомъ замѣчается непріятное чувство сухости, кислый или горькій вкусъ во рту. Давленіе, чувство тяжести подъ ложечкой и тошнота въ нашихъ случаяхъ наблюдались рѣдко, но за то на отрывку жаловались весьма многіе больные. Еще чаще бывала у нашихъ больныхъ изжога, которая по Кунце⁵⁾, принадлежитъ къ первымъ и самымъ постояннымъ признакамъ язвы, обуславливаясь чрезвычайно кислымъ желудочнымъ сокомъ. Всѣ эти признаки зависятъ, по Засѣцкому⁶⁾, отъ хроническаго гастрита, который можетъ возникнуть вслѣдствіе нарушенія двигательной способности желудка, благодаря уничтоженію язвой части его мускуловъ а также и уменьшенію поверхности слизистой оболочки,

1) I. с. 90.

2) I. с. 456.

3) I. с. 109.

4) I. с. 157.

5) I. с. 247.

6) I. с. 289.

слѣдствіемъ чего является сокращеніе отдѣленія и всасыванія; сюда нужно отнести отрыжку, тяжесть въ подложечной области, скверный вкусъ во рту, тошноту, потерю или уменьшеніе аппетита и, упоминаемое нѣкоторыми (Жаку), слюнотеченіе. Другая-же группа симптомовъ можетъ обусловливаться кислой диспепсией; сюда относятся: повышенный аппетитъ, изжога, усиленіе жажды, сухость во рту и пр. Другіе припадки, на которые обыкновенно жалуются больные, являются слѣдствіемъ самой язвы и обусловленнаго ею кровотеченія и послѣдующаго разстройства питанія организма. Здѣсь на первомъ планѣ стоятъ явленія анеміи, головная боль, шумъ въ ушахъ, частая эввота, мельканіе въ глазахъ, временная слѣпота (amaurosis)¹⁾, головокруженіе, поблѣднѣніе кожи, значительное исхуданіе и упадокъ силъ. У женщинъ, страдающихъ язвой, большею частью прекращаются мѣсячныя.

Распредѣляя, только-что разсмотрѣнные нами, признаки круглой язвы желудка потому, насколько часто они наблюдаются, мы должны на первое мѣсто поставить чувство боли, на которую жаловались рѣшительно всѣ наши больные; почти также часто наблюдается и рвота, отсутствовавшая только у одного больного; 13 разъ рвота была кровавая вмѣстѣ съ дегтеобразными испражненіями. Такимъ образомъ, боль является постояннымъ признакомъ язвы, почти таковымъ является и рвота; очень цѣнный въ діагностическомъ отношеніи признакъ, кровавая рвота, наблюдается только въ половинѣ случаевъ.

Катарръ желудка нельзя считать частымъ спутникомъ язвы; признаки, характеризующіе его, въ нашихъ случаяхъ наблюдались не очень часто:

1) Штрюмпель I. с. 517.

Постоянная отрыжка послѣ ѣды	15	разъ.
Непостоянная „ „ „	4	„
Потеря аппетита „ „	7	„
Непріятный вкусъ во рту „ „	10	„
Тяжесть подъ ложечкой „ „	5	„
Тошнота „ „	3	„

Нѣсколько чаще наблюдались признаки кислой диспепсии:

Постоянная изжога послѣ ѣды	10	разъ.
Непостоянная „ „ „	7	„
Усиленная жажда „ „	10	„
Сухость во рту „ „	9	„

Очень часто приходилось слышать жалобы больныхъ на припадки, характеризующіе разстройство питанія, какъ послѣдствія заболѣванія круглой язвой и сопряженнаго съ ней желудочнаго кровотеченія; такъ наши больные указывали на:

Похуданіе	22	раза
Упадокъ силъ	22	„
Блѣдность кожи	19	„
Головокруженіе	10	„
Сердцебіеніе	9	„

и прекращеніе мѣсячныхъ у четырехъ изъ 7 больныхъ женщинъ.

Переходя въ разсмотрѣнію объективныхъ признаковъ язвы желудка, я считаю нужнымъ прежде всего остановиться на состояніи питанія больныхъ, относительно котораго установился взглядъ, нѣсколько расходящійся съ нашими наблюденіями, что питаніе при язвѣ мало нарушается, что и составляетъ отличительную черту язвы отъ рака. У раковыхъ больныхъ вѣсь быстро падаетъ, у страдающихъ

же язвой, по Müller'у¹⁾, онъ очень долго держится; бываютъ однако случаи, когда больные очень быстро худѣютъ, не смотря на то, что у нихъ не бываетъ сильныхъ кровотеченій, которыя могли вызвать быстрое исхуданіе. Исхуданіе Нимейеръ²⁾ объясняетъ большимъ распространеніемъ желудочнаго катарра; но этотъ послѣдній долженъ³⁾ просуществовать цѣлые годы вмѣстѣ съ кардіалгіей и кровотечениями, чтобы вызвать сильное истощеніе организма больныхъ, которые безъ этого довольно долго могутъ имѣть даже цвѣтуцій видъ. По мнѣнію Жаку⁴⁾, ничто такъ не колеблется, какъ питаніе и наружный видъ больныхъ; такое колебаніе объясняется тѣмъ, что ослабляющіе организмъ моменты: рвота, боли и кровотечения, какъ видно изъ наблюденій, часто стихаютъ и даютъ организму время оправиться. Кунце указываетъ на одного стараго священника, у котораго была язва съ многократными и обильными кровотечениями, вслѣдствіе коихъ онъ быстро худѣлъ, блѣднѣлъ и ослабѣвалъ, но потомъ такъ быстро поправлялся, что черезъ 8 дней былъ способенъ выходить на кафедру. Безспорно бываютъ случаи, когда больные круглой язвой желудка долго сохраняютъ удовлетворительный и даже, цвѣтуцій (Leube, Эйхгорстъ) видъ, въ большинствѣ же случаевъ они очень быстро блѣднѣютъ, худѣютъ и теряютъ силы; въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ наступить временное улучшеніе, и тогда явленія прогрессивнаго истощенія организма менѣе рѣзко выражены, и наружный видъ больныхъ становится лучше, — они полнѣютъ.

1) Засѣцкій I. с. 222.

2) I. с. 109.

3) Лейбе I. с. 91.

4) I. с. 157.

Эти остановки паденія вѣса, или же прибавка его и отличаются исхуданіе при язвѣ отъ исхуданія при ракѣ, гдѣ паденіе вѣса идетъ прогрессивно впередъ и остановокъ, или улучшеній не замѣчается. Наши больные представляли неодинаковую степень истощенія, причемъ, изъ всего числа больныхъ, 7 человекъ не казались особенно истощенными, и цвѣтъ общихъ покрововъ у нихъ приближался къ нормѣ; большинство же больныхъ имѣло истощенный видъ, а пятая часть представляла очень высокую степень истощенія: они имѣли видъ скелетовъ, обтянутыхъ кожей. Жиръ подкожной клѣтчатки былъ атрофированъ почти у $\frac{3}{4}$ всего числа нашихъ больныхъ; рядомъ съ атрофіей жира атрофировывались и мышцы. У этихъ лицъ цвѣтъ кожи и слизистыхъ оболочекъ былъ поразительно блѣденъ, а у троихъ — грязно-блѣдный (кахектичный), такъ что они напоминали раковыхъ больныхъ, но вѣрность діагноза у нихъ была подтверждена вскрытіемъ. Вообще же блѣдность кожи при язвѣ отличается отъ раковой блѣдности, которая имѣетъ сѣроватый или соломенно-желтый оттѣнокъ.

Всѣ эти явленія истощенія могли находиться въ связи съ сопутствующимъ катарромъ, кровотечениями, рвотой и тѣми страшными болями, которыя однѣ, благодаря своей силѣ, способны нарушить питаніе, повергая больныхъ въ уныніе при каждой мысли объ ѣдѣ, которая ничего имъ не даетъ, кромѣ усиленія страданій. Понятно, что явленія истощенія, могущія сопровождать весьма многія заболѣванія, сами по себѣ, вовсе не характерны для язвы, но, въ совокупности съ другими признаками, конечно, тоже имѣютъ значеніе при опредѣленіи болѣзни.

Наружный видъ живота у нашихъ больныхъ ничего характернаго не представлялъ; при перкуссии, у двоихъ больныхъ было найдено притупленіе тона въ области желудка

(№ 19 и 22); въ одномъ оно объяснялось гипертрофіей прямого мускула, а въ другомъ утолщеніемъ стѣнки самого желудка, которое прощупывалось въ видѣ опухоли. Подобныя опухоли, по Gergardt' и Leube¹⁾ могутъ наблюдаться при язвѣ; онѣ зависятъ, при локализациі язвы на передней стѣнкѣ, отъ утолщеннаго дна или краевъ старой, мозолистой язвы, и отъ утолщенія мышцъ привратника.

При ощупываніи живота получается одинъ признакъ, на который рѣшительно нигдѣ нѣтъ указаній, имѣющій, по-нашему, важное значеніе какъ потому, что онъ постоянно, такъ и потому, что онъ до нѣкоторой степени можетъ дать указанія относительно локализациі самой язвы; я говорю о напряженіи прямыхъ мышцъ живота. Это напряженіе мышцъ наблюдалось у 24 больныхъ (не было только у одного больного) и было настолько велико, что иногда животъ бывалъ твердъ, какъ доска, а въ одномъ случаѣ, односторонняго напряженія, мѣсто напряженія нѣсколько выдавалось и, при одновременномъ существованіи здѣсь притупленія перкуторнаго тона, симулировало опухоль (№19). Это, бросающееся въ глаза, явленіе настолько постоянно, что мы считаемъ необходимымъ его отмѣтить. Обыкновенно наблюдалось напряженіе обоихъ прямыхъ мускуловъ (24), причемъ, или оно было одинаково для обоихъ, или же съ какой-нибудь стороны выражено было сильнѣе; обыкновенно это усиленіе наибѣе относилось къ лѣвому мускулу (8 разъ), болѣе же сильное напряженіе праваго наблюдалось только одинъ разъ. Рядомъ съ только что указаннымъ признакомъ стоитъ и локализациа боли, которая, будучи ограничена малымъ пространствомъ, наибѣе локализовалась у нашихъ

1) Засѣцкій I. с. 290.

больныхъ въ лѣвомъ подреберьи (16); съ этою болью въ лѣвомъ подреберьи часто совпадала боль и въ подложечной области (9); въ правомъ подреберьи боль помѣщалась только 7 разъ и въ подложечной области — 2 раза. Эта локализованная и находящаяся въ тѣсныхъ границахъ боль всякій разъ усиливалась послѣ ѣды и отъ давленія.

Локализациа боли, отмѣченная нами, вполне согласуется съ тѣмъ, что мы находимъ у авторовъ по этому предмету; по Эйхгорсту¹⁾, боль локализуется обыкновенно подъ мечевиднымъ отросткомъ, и болѣзненна одна какая-нибудь точка. Эти болевые точки могутъ дать нѣкоторыя указанія для опредѣленія мѣста язвы, что не представляется невозможнымъ, особенно если, при наличности этихъ точекъ, принять еще въ соображеніе усиленіе болей при извѣстныхъ положеніяхъ больного и напряженіе прямого мускула, которое, повидимому, соотвѣтствуетъ той сторонѣ, гдѣ находится язва. По Brinton'y²⁾ боль возлѣ пупка говоритъ за язву на *curvatura major*; боль въ подреберьяхъ — за язву въ *pars pylorica* или въ *cardia*; боль въ спинѣ, на границѣ грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ, говоритъ за язву на *curvatura minor*. Засѣцкій³⁾ такъ опредѣляетъ мѣсто язвы по мѣстонахожденію боли; когда боль находится въ подложечной области, то, значитъ, язва помѣщается на передней стѣнкѣ желудка, при боли въ области пупка — на большой кривизнѣ, въ правомъ подреберьи — въ области *pylorus'a*, на уровнѣ 10—12 позвонковъ — на задней стѣнкѣ и малой кривизнѣ. Конечно, всѣ эти указанія могутъ имѣть только относительное значеніе; такъ напримѣръ

1) I. с. 147.

2) Кунце I. с. 246.

3) I. с. 290.

опредѣленіе мѣста язвы, по боли возлѣ пупка (*curvatura major*), можетъ оказаться невѣрнымъ при расширеніи желудка и опущеніи его, что нерѣдко бываетъ при язвѣ у *pylorus'a*. Эта острая, строго локализованная, боль при надавливаніи не только усиливается, но и отдаетъ въ другія части тѣла, по преимуществу въ спину (13), рѣже въ лопатки (4) и въ плечи (1) или въ поясницу (1). Иногда при этомъ, по наблюденіямъ Traube¹⁾, бываютъ стѣсненія въ груди, межреберныя невралгіи и въ лѣвомъ плечевомъ сплетеніи; эти иррадирующія боли объясняются переходомъ раздраженія съ желудочныхъ нервовъ на легочныя волокна *n. vagi*. Brinton²⁾ наблюдалъ боль въ правомъ плечѣ, которая зависѣла отъ сращенія желудка съ печенью. Cuv-veilhier³⁾ указываетъ на боль въ спинѣ, возлѣ 8—9 позвонковъ, появляющуюся нѣсколько недѣль спустя послѣ появленія боли въ подложечкѣ, она такъ-же сильна и упорна, какъ и боль въ эпигастріи, съ которой совпадаетъ.

Что касается состоянія языка при круглой язвѣ, то видъ его ничего особенно характернаго не представляетъ; большею частію онъ бываетъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ (16); краснѣ нормальнаго наблюдался нами 6 разъ, при этомъ 4 раза былъ очень сухъ; красный языкъ, при сухости, иногда еще и трескается (Жаку). Краснота языка и его сухость объясняются тѣмъ, что при частой, кислой рвотѣ слущивается эпителий языка, при этомъ наблюдается и мучительная жажда. Размѣры желудка въ $\frac{3}{4}$ нашихъ случаевъ оказались нормальными; увеличеніе желудка было

1) *id.* I. с. 286.

2) Leube I. с. 88.

3) Кунце I. с. 247.

найдено только у 8 больныхъ (у двухъ больныхъ размѣры желудка не опредѣлялись).

Со времени введенія въ практику желудочнаго зонда изслѣдованіе химическаго состава желудочнаго содержимаго дѣлалось возможнымъ, и такимъ образомъ дѣло распознаванія желудочныхъ заболѣваній, основывавшееся прежде на данныхъ, добытыхъ обычными физическими методами изслѣдованія, съ одной стороны облегчилось, а съ другой сдѣлалось болѣе точнымъ. Это химическое изслѣдованіе даетъ возможность опредѣлить не только функціональную дѣятельность больного органа, но даже, на основаніи знанія состоянія функціи, судить до нѣкоторой степени и объ анатомическихъ измѣненіяхъ его. Благодаря этому методу значительно облегчилось распознаваніе болѣзней желудка. Первый ввелъ въ практику желудочный насосъ Leube. Больному дается, предложенный Эвальдомъ¹⁾, пробный завтракъ, состоящій изъ стакана несладкаго чая (250 к. с.) и бѣлаго хлѣба въ небольшомъ количествѣ (35,0). Черезъ часъ послѣ приема пищи вводится въ желудокъ мягкій Нелатоновскій зондъ, снабженный на концѣ двумя боковыми отверстіями; для удобства введенія зонда лучше всего указательнымъ пальцемъ лѣвой руки прижать языкъ больного книзу и впереди, продвинуть зондъ до задней стѣнки глотки и, проталкивая зондъ книзу, заставить больного дѣлать глотательныя движенія; обыкновенно зондъ вводится легко, но иногда сдѣлать это не удастся, именно, въ тѣхъ случаяхъ, когда увеличены миндалины, когда имѣются рубцы въ зѣвѣ и пр. У чувствительныхъ особъ слѣдуетъ предварительно зѣвъ смазать 10% растворомъ кокаина и тогда зондъ, смоченный

1) Эйхгорст I. с. 91.

тепловой водой, проталкивается легко. Обыкновенно, чтобы проникнуть въ полость желудка, достаточно ввести зондъ на 60 сант. (разстояніе отъ рѣзцовъ до cardia — 40 сант.)¹⁾. Послѣ этого заставляютъ больного натужиться, и изъ желудка поступаетъ въ зондъ до 50 к. с. содержимаго, котораго бываетъ достаточно для изслѣдованія (Эйхгорстъ)²⁾. Вынимая трубку нужно верхній конецъ зажать пальцами. Въ другихъ случаяхъ къ верхнему концу зонда прикрѣпляется насосъ; съ вытягиваніемъ поршня въ аппаратъ поступаетъ содержимое желудка, послѣ чего кранъ закрывается и чрезъ боковое отверстіе жидкость выталкивается въ какой-нибудь сосудъ.

Не у всякаго однако больного можно произвести выкачиваніе желудочнаго содержимаго, противопоказаніемъ къ нему служатъ: болѣзни сердца и сосудовъ, каверны легкихъ, кровохарканіе и прочее; поэтому предъ зондированіемъ нужно тщательно изслѣдовать эти органы. Полученное такимъ образомъ содержимое желудка профильтровываютъ и способами, о которыхъ будетъ сказано ниже, опредѣляютъ его реакцію, присутствіе свободной соляной кислоты, ея количество, и другія кислоты. Въ нормальномъ желудкѣ соляная кислота имѣется въ свободномъ состояніи (Carl Schmidt) въ количествѣ 0,2—0,3 pro mille³⁾. Въ нѣкоторыхъ патологическихъ случаяхъ ея или вовсе нѣтъ, или она уменьшена, или она увеличена (hyperaciditas); это послѣднее обстоятельство наблюдается при хлорозѣ, секреторномъ неврозѣ желудка и при круглой язвѣ его (не всегда); при послѣднемъ страданіи увеличеніе кислоты доходитъ до значительной степени.

1) Ozer l. c. 85.

2) l. c. 91.

3) Landois L. Уч. фізіол. чел. 358. 1892.

За постоянное увеличеніе, противъ нормы, соляной кислоты при *ulcus* горячо стоитъ Riegel¹⁾ и считаетъ его непремѣннымъ признакомъ язвы. Въ теченіе одного года онъ наблюдалъ 42 случая язвы и сдѣлалъ 382 изслѣдованія желудочнаго сока, и во всѣхъ изслѣдованіяхъ содержаніе соляной кислоты было много выше нормы (иногда до 6,0 p. m.), отсюда для него несомнѣнна связь *hyperaciditas* съ *ulcus*; сначала появляется *hyperaciditas*, а потомъ можетъ развиваться язва. Этотъ взглядъ Riegel'я раздѣляетъ и See²⁾. Развитіе страданія Riegel представляетъ себѣ такимъ образомъ, что, благодаря усиленной кислотности сока, слизистая оболочка дѣлается легко ранимой, отчего малѣйшая царапина въ дальнѣйшемъ превращается въ язву. При долгомъ существованіи *hyperaciditas* переходитъ въ *hypersecretio*, что авторъ и наблюдалъ при язвѣ.

Korczinsky и Jaworsky³⁾ наблюдали 24 больныхъ съ круглой язвой и всегда находили у нихъ увеличенное содержаніе соляной кислоты, поэтому они думаютъ, что въ случаяхъ высокой кислотности сока всегда нужно подозрѣвать язву; v. d. Velden⁴⁾ у троихъ своихъ больныхъ нашелъ то-же самое. Но существуютъ и совершенно обратныя наблюденія, которыя значительно колеблютъ установившееся мнѣніе, что рядомъ съ язвой всегда бываетъ повышеніе кислотности сока, на счетъ соляной кислоты; это повышеніе можетъ относиться ко многимъ, но далеко не ко всѣмъ случаямъ. Такъ, Cahn и Mehring⁵⁾ у одного изъ четырехъ своихъ больныхъ нашли нормальное содержаніе соляной

1) Щербаковъ l. c. 259.

2) See. International kl. Rundschau 1893. №№ 45, 46, 48, 49.

3) Щербаковъ l. c. 259.

4) id. l. c. 262.

5) id. l. c. 263.

кислоты, а у остальных трех оно было даже ниже нормы. Gergardt¹⁾ изъ 24 больных у 17 нашелъ повышение соляной кислоты, а у остальных 7 оно было въ нормальномъ количествѣ, что Засѣцкій думаетъ объяснить сопутствующимъ катарромъ желудка²⁾.

Наши собственные наблюденія говорятъ, что далеко не всегда при язвѣ содержаніе соляной кислоты бываетъ повышено, такъ оно не превышало нормы у 9 нашихъ больныхъ, у 14-же было констатировано увеличеніе; по этому мы вправѣ думать, что значеніе этого признака для діагноза язвы не столь велико, какъ это нѣкоторые считаютъ; онъ дѣлаетъ распознаваніе болѣе вѣрнымъ только при наличности другихъ признаковъ. Кромѣ непостоянства признака, значеніе его еще падаетъ и потому, что и сами способы открытія соляной кислоты, какъ это доказалъ В. Н. Поповъ³⁾, далеко несовершенны. Считаю умѣстнымъ указать здѣсь на тѣ обычные реакціи, которыя употребляются при изслѣдованіи на кислоты желудочнаго сока.

1) Засѣцкій I. с. 151.

2) Dr. du Mesnil утверждаетъ, что повышенная кислотность желудочнаго сока не играетъ рѣшающей роли въ возникновеніи *ulcus ventriculi*, а потому ею нельзя пользоваться для цѣлей діагностики и нельзя на основаніи уменьшенія или отсутствія соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ исключить *ulcus*. Въ подтвержденіе этого взгляда авторъ приводитъ случай, гдѣ у 38-лѣтней женщины, на основаніи отсутствія соляной кислоты, была діагносцирована *carcinoma*. Послѣ гастроэнтероанастоміи пациентка умерла; на вскрытіи оказалась карцинома малой кривизны и задней стѣнки желудка, а на разстояніи 2 пальцевъ отъ сфинктера pylori, на большой кривизнѣ и на передней стѣнке — круглая язва, не находящаяся въ связи съ карциномой. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что язва не есть раковый метастазъ; на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ авторъ утверждаетъ, что язва появилась $\frac{1}{2}$ года спустя послѣ карциномы, а это обстоятельство говоритъ противъ образованія язвъ вслѣдствіе повышеннаго содержанія соляной кислоты, которая обыкновенно отсутствуетъ при ракѣ. Итакъ, повышенная кислотность не является причиннымъ моментомъ къ возникновенію круглой язвы и не есть ее непосредственный спутникъ (*Münchener medic. Wochenschrift* 1894. № 50).

3) Поповъ, В. Н. Труды Физіол. Лабораторіи Московскаго Универс. 1888 г., Апрель, Май.

1) Метилвиолетъ. Въ пробирку, содержащую до 5 к. с. фильтрованнаго желудочнаго сока, прибавляютъ воднаго раствора (0,025 %) метилвиолета (5—10 к.); отъ незначительнаго присутствія соляной кислоты (0,024 %) жидкость принимаетъ голубую окраску, при большемъ (0,05 %) — темносинюю. Молочной кислоты, для полученія той-же реакціи, требуется больше, для едва замѣтной — 0,4 %, для вполне ясной — 1 %. — Силѣ и чистотѣ реакціи мѣшаютъ пептоны, бѣлки, амиды, фосфаты; въ присутствіи ихъ, для посинѣнія раствора краски до извѣстной степени, соляной кислоты нужно больше (1 %), чѣмъ безъ нихъ (0,5 %). Эта проба была предложена Maly и примѣнена въ клиникѣ v. d. Velden'омъ (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd. XXIII, 1879).

2) Tropicolin OO. Въ пробирку вливаютъ до 5 к. с. фильтрованнаго желудочнаго сока и прибавляютъ нѣсколько капель (1—3) раствора тропеолина (trop. 0,1 Aq. 30,0); отъ присутствія соляной кислоты оранжевый цвѣтъ раствора переходитъ въ ярко красный. Такое измѣненіе цвѣта, по Ufelmann'у, происходитъ уже при 0,024 % соляной кислоты; отъ молочной и другихъ органическихъ кислотъ окраска или неимѣняется или переходитъ въ оранжево-красную, для чего требуется молочной кислоты до 0,5 %. Этой реакціи пренятствуютъ пептоны, бѣлки и фосфаты. Впервые эту пробу примѣнилъ Leube (*D. Arch. f. klin. Med.* Bd. XXXIII 1882 г.).

3) Красныя бумажки Конго измѣняются въ синія отъ присутствія даже 0,0019 % свободной соляной кислоты; тоже происходитъ и отъ молочной кислоты, но только здѣсь синій цвѣтъ исчезаетъ, если опустить бумажку въ эфиръ. Сопзо, по Wurster'у (*Centralbl. f. Phys.* 1887 № 11), теряетъ чувствительность въ присутствіи амміачныхъ солей. Впервые

проба была примѣнена Hösslin'омъ (D. Medic. Wochenschr. 1886 г. № 6).

4) Реактивъ Günzburg'a (Centralbl. f. kl. Medic. 1887 № 40) для открытія самыхъ малыхъ количествъ соляной кислоты. Берется растворъ 0,5 ванилина въ 15,0 абсолютнаго алкоголя и, отдѣльно, растворъ 1,0 флороглюцина въ 15,0 абсолютнаго алкоголя; въ фарфоровую чашечку вливаютъ 2—3 капли фильтрованнаго желудочнаго сока, затѣмъ — по 1 каплѣ названныхъ растворовъ и слегка подогрѣваютъ надъ пламенемъ, присутствіе соляной кислоты обнаруживается появленіемъ красныхъ полосъ. Молочная и уксусная кислоты этой реакціи не даютъ. Поповъ говоритъ, что этотъ реактивъ менѣе другихъ соотвѣтствуетъ своему назначенію, ибо, хотя чувствительность его по отношенію къ соляной кислотѣ и выше тропеолина, но отношеніе его къ другимъ кислотамъ и солямъ въ тоже время далеко не индифферентное. Характерный розовый налетъ онъ даетъ со щавелевой кислотой (до 0,001 %), виннокаменной (до 0,01 %), лимонной (до 0,5 %); розовый съ оранжевымъ оттѣнкомъ налетъ получается отъ каприловой кислоты (до 0,5 %). Розовое окрашиваніе получается съ молочнокислымъ натромъ (до 0,01 %), углекислымъ натромъ (до 0,1 %); это, конечно, можетъ ввести въ заблужденіе при изслѣдованіи желудочнаго сока.

Для опредѣленія молочной кислоты существуетъ способъ Ufelmann'a (Centrbl. für d. kl. Med. 1888 г. № 10). Берутъ до 10 к. с. 1 % раствора карболовой кислоты и добавляют 1—2 капли Liq. ferri sesquichlor.; жидкость получаетъ аметистовую окраску, отъ добавленія желудочнаго сока (10—20 капель), содержащаго молочную кислоту, аметистовый цвѣтъ переходитъ въ чижиковый. Чистотѣ реакціи мѣшаетъ соляная кислота, бѣлки и фосфаты, отъ

которыхъ получается муть; подобное же окрашиваніе получается отъ лимонной, виннокаменной и муравьиной кислотъ; соляная, масляная и уксусная кислоты не даютъ такого окрашиванія. По Попову чижиковое окрашиваніе получается отъ молочнокислаго натра и отъ разведеннаго абсолютнаго алкоголя.

Проба на уксусную кислоту. Берутъ 20 к. с. желудочнаго фильтрата, взбалтываютъ съ эфиромъ, по выпариваніи послѣдняго, остатокъ разбавляютъ водой (нѣсколько капель), нейтрализуютъ растворомъ соды и прибавляютъ одну каплю liquoris ferri sesquichlorati; отъ уксусной кислоты жидкость принимаетъ окраску крови, при кипяченіи бурѣетъ.

Проба на масляную кислоту. Какъ выше сокъ (10 к. с.) взбалтываютъ съ эфиромъ (50 к. с.), который потомъ выпариваютъ; остатокъ разбавляютъ 1 каплей воды и прибавляютъ маленькій кусочекъ хлористаго кальція, масляная кислота появляется на поверхности жидкости въ видѣ маленькихъ жирныхъ капелекъ.

Опредѣленіе общей кислотности желудочнаго сока. Берутъ 10 к. с. фильтрованнаго желудочнаго сока и прибавляютъ 2 капли 1 % спиртнаго раствора Phenolphthalein'a, затѣмъ изъ калиброванной бюретки прибавляютъ мало по малу $\frac{1}{10}$ % нормальнаго раствора натроннаго щелока, пока жидкость не получитъ слабо розоваго окрашиванія, не исчезающаго при взбалтываніи. Каждый кубич. сантиметръ $\frac{1}{10}$ % раствора натроннаго щелока соотвѣтствуетъ 0,00365 кислоты (соляной).

Какъ уже сказано, Поповъ занимался изслѣдованіемъ пригодности вышеприведенныхъ реакцій для открытія кислотъ желудочнаго сока и пришелъ къ тому заключенію, что „ни одинъ изъ реактивовъ, предлагаемыхъ для открытія свободной кислоты въ желудочномъ сокѣ, не можетъ всегда

удовлетворяют своему назначению даже для клинических цѣлей и не имѣютъ никакихъ преимуществъ предъ лакмусами (особенно если пользоваться фіолетовыми нейтральными лакмусовыми бумажками, которыя приняты въ нѣкоторыхъ фізіологическихъ лабораторіяхъ, но еще не получили всеобщаго примѣненія, между тѣмъ какъ онѣ отличаются большей чувствительностью, нежели обыкновенныя — синія и красныя лакмусовыя бумажки). Всѣ эти простыя реакціи не могутъ служить для доказательства присутствія именно соляной кислоты, какъ это бываетъ необходимо для клиническихъ цѣлей: въ данномъ случаѣ нельзя обойтись безъ болѣе сложнаго химическаго изслѣдованія.“

Всасывающая и двигательная способности желудка при язвѣ вообще мало изучены; къ сожалѣнію и мы не могли воспользоваться данными, имѣвшимися въ клиникѣ по этому вопросу, такъ какъ многіе листки, на которые заносились свѣдѣнія объ этомъ, были утрачены; тѣ немногія имѣвшіяся у насъ указанія заставляютъ думать, что круглая язва мало вліяетъ на названныя функціи желудка. Подтвержденіе этой мысли можно видѣть и въ томъ противорѣчій, которое существуетъ въ литературѣ объ этомъ предметѣ. Quetsch и Riegel¹⁾ наблюдали очень быстрое всасываніе; Zweifel²⁾ дѣлалъ наблюденія надъ всасываніемъ іода у здоровыхъ и больныхъ, при чемъ въ двухъ случаяхъ свѣжей язвы всасываніе не было измѣнено, въ одномъ замедленно на 47 минутъ; ускоренія не наблюдалось ни разу. Исаковъ³⁾ а также пр. Penzold и Dr. Faber³⁾ производившіе наблюденія надъ 10 больными, не замѣтили

1) Эйхгорстъ I. с. 150.

2) Засѣцкій I. с. 291.

3) Berl. klin. Wochenschrift 1882 № 21.

отступленія отъ нормы; у Wolff'a¹⁾ изучавшаго этотъ вопросъ, не получилось опредѣленныхъ результатовъ: въ однихъ случаяхъ всасываніе было нормально, въ другихъ замедлялось или ускорялось. Самая проба на всасываніе производится такъ: даютъ больному 0,2—0,3 kalii jodati въ желатинной капсулѣ; въ нормальномъ случаѣ всасываніе іода начинается черезъ 10—15 минутъ, что узнается, если заставить больного плюнуть на сухую крахмальную бумажку и потомъ это мѣсто смочить каплей дымящейся азотной кислоты: получается красноватое кольцо, или синее при обилии іода. Для опредѣленія двигательной способности желудка, т. е. для опредѣленія времени, потребнаго для выведенія пищи изъ желудка въ duodenum, лучше всего способъ Leube съ пробнымъ обѣдомъ; если черезъ 6 часовъ послѣ обѣда выкачать содержимое изъ желудка и тамъ не окажется пищи, то значить желудокъ работаетъ нормально.

Ewald²⁾ даетъ во время пищеваренія 0,5—1,0 сала, который въ тонкихъ кишкахъ подъ вліяніемъ сока pancreatis расщепляется на феноль и салициловую кислоту, послѣдняя открывается въ мочѣ по своему продукту, салицилуровой кислотѣ. Къ мочѣ прибавляютъ соляной кислоты, эфиръ и взбалтываютъ, далѣе подбавляютъ 5%—10% раствора liquoris ferri sesquichlorati, получается синевато-фіолетовое окрашиваніе, что наступаетъ у лицъ съ здоровымъ желудкомъ черезъ 40—60 минутъ. По Rosenheim'y³⁾ двигательная способность желудка при язвѣ мало измѣнена.

По изслѣдованіямъ Müller'a и Oppenheim'a⁴⁾ кровь

1) Zeitschrift für klin. Medicin 1883.

2) Эйхгорстъ I. с. 97.

3) Засѣцкій I. с. 291.

4) id. I. с. 292.

при круглой язвѣ желудка не подвергается особымъ измѣненіямъ; къ почти такимъ-же выводамъ пришелъ и Блиндерманъ¹⁾. Онъ производилъ свои наблюденія надъ измѣненіемъ крови у желудочныхъ больныхъ въ Юрьевской клиникѣ пр. Васильева. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, слѣдующіе: хроническій катарръ желудка съ расширеніемъ или безъ расширенія не принадлежитъ къ тѣмъ заболѣваніямъ, кои влекутъ за собою значительныя измѣненія крови; почти тоже можно сказать и относительно круглой язвы желудка; при ней замѣчается уменьшеніе содержанія гемоглобина и числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. Паденіе гемоглобина и уменьшеніе числа красныхъ шариковъ авторъ объясняетъ повторными кровавыми рвотами, отчасти анеміей. Въ случаѣ, гдѣ не было въ наличности этихъ моментовъ, было констатировано нормальное состояніе крови.

У нашихъ больныхъ кровь изслѣдовалось не у всѣхъ; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ было произведено изслѣдованіе, уменьшеніе гемоглобина было не рѣзко, и только у одного больного Нв. упалъ до 35%; прогрессивное паденіе гемоглобина также не было констатировано; красные шарики въ меньшемъ, противъ нормы, количествѣ были найдены только у 6 больныхъ. (Опредѣлялся Нв. по прибору Флейшля, а шарики считались по прибору Тома-Цейса). Такое состояніе крови при язвѣ служитъ важнымъ діагностическимъ признакомъ для отличія ея отъ рака, при которомъ, особенно въ позднѣйшемъ стадіи развитія, очень сильно уменьшается число красныхъ шариковъ и гемоглобинъ, съ теченіемъ болѣзни, прогрессивно падаетъ. Тѣ измѣненія крови, которыя иногда наблюдаются при язвѣ, зависятъ отъ анеміи, развившейся вслѣдствіе повторныхъ, обильныхъ

1) Медицина 1893 г. № 43.

кровотеченій, или той анеміи, на почвѣ коей развилась сама язва. Въ немногихъ случаяхъ, какъ наблюдали Laache, Reinert, Osterspey¹⁾, и при язвѣ измѣненія крови бываютъ столь велики, какъ и при ракѣ.

Очень важное пособіе для отличія язвы отъ рака можетъ дать, по видимому, состояніе при ней пищеварительнаго лейкоцитоза, появленіе котораго при всасываніи пептоновъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ доказано Hofmeister'омъ и Pohl'емъ. Въ этомъ отношеніи чрезвычайно интересной представляется работа Josefa Schweizer'a²⁾, который изучалъ отношеніе лейкоцитоза къ раку и язвѣ желудка.

Онъ подвергалъ своихъ больныхъ слѣдующему опыту: каждый паціентъ воздерживался отъ пищи съ 6 час. вечера до 8-10 час. утра слѣдующаго дня (около 16 часовъ), на тощакъ у паціента считались бѣлые кровяные шарики и затѣмъ ему давали богатую бѣлковыми веществами пищу, состоящую изъ 800 к. с. молока и иногда прибавляли два яйца въ смятку; часъ или два спустя, опять считали бѣлые шарики. Такимъ опытамъ было подвергнуто 18 карциноматозныхъ и 8 съ *ulcus rotundum*. Изъ этихъ опытовъ выяснилось, что при ракѣ пищеварительный лейкоцитозъ отсутствуетъ, и обязательно наступаетъ во всѣхъ почти случаяхъ *ulcus*.

На основаніе этихъ наблюденій авторъ думаетъ, что въ сомнительныхъ случаяхъ, особенно, если почему нибудь нельзя изслѣдовать желудочный сокъ, значительно можетъ облегчить отличіе рака отъ язвы состояніе пищеварительнаго лейкоцитоза, такъ какъ появленіе его говоритъ противъ рака. Конечно, было бы ошибочно ставить діагнозъ карци-

1) Засѣцкій I. с. 292.

2) Zeitschrift f. kl. med. Bd. 27. 1896 г.

номы по отсутствію лейкоцитоза, такъ какъ онъ можетъ отсутствовать и у кахектиковъ, у которыхъ вовсе нѣтъ карциномы.

Однако этотъ интересный вопросъ о состояніи лейкоцитоза при ракѣ нельзя еще считать достаточно изученнымъ и прочно установленнымъ; существуютъ наблюденія, стоящія въ противорѣчій съ только что приведенными. О. Nassmann¹⁾ наблюдалъ 2 случая, гдѣ при *sarcom'ѣ ventriculi* былъ констатированъ лейкоцитозъ, вѣрность діагноза рака въ одномъ случаѣ была подтверждена вскрытіемъ, а въ другомъ — операцией.

Кромѣ вышеуказанныхъ незначительныхъ измѣненій крови, при язвѣ еще наблюдается пониженіе ея щелочности, чѣмъ, вѣроятно, обуславливается упорное незаживаніе и дальнѣйшее развитіе язвы. Такое состояніе крови можетъ, но нѣкоторой степені, помогать діагнозу. Оно, нужно думать, зависитъ отъ того, что больной язвой мало питается или потому, что боится ѣсть, чтобы не усиливать болей, или потому, что введенная пища тотчасъ извергается рвотой, такъ что субъектъ находится въ состояніи голоданія, которое, какъ видно изъ опытовъ Е. О. Лондона²⁾, вліяетъ на пониженіе щелочности крови. Опыты, произведенные на кроликахъ, приводятъ Лондона къ слѣдующему заключенію: устойчивость кровяной ткани, при голоданіи, очень совершенна, процентное содержаніе (% по отношенію къ вѣсѣ тѣла животнаго до опыта и послѣ опыта) крови въ тѣлѣ голодающаго кролика остается близко къ нормѣ, средняя щелочность крови, при голоданіи, оказывается нѣсколько ниже нормальной.

1) Wiener klinische Rundschau № 17. 1896 г.

2) Архивъ Біологическихъ наукъ С. П. Б. т. IV вып. 5, 1895 г. стр. 516.

Остается еще упомянуть о состояніи мочи при язвѣ желудка, которая вообще мало представляетъ характернаго. Обычно количество ея у нашихъ больныхъ (17 человекъ) было уменьшено, что вполне согласуется съ наблюденіями Эйхгорста; у большинства больныхъ реакція ея была кислая съ повышеннымъ удѣльнымъ вѣсомъ; въ одномъ случаѣ наблюдался бѣлокъ, вслѣдствіе нефрита.

Распознаваніе круглой язвы желудка не представляетъ особыхъ затрудненій, если имѣются на лицо, только что разсмотрѣнные нами, признаки или по крайней мѣрѣ большинство изъ нихъ; распознаваніе дѣлается крайне затруднительнымъ и гадательнымъ, если многіе изъ наиболѣе постоянныхъ признаковъ отсутствуютъ. Въ такихъ случаяхъ діагнозъ, говоритъ Сæmer¹⁾, бываетъ только вѣроятнымъ и зависитъ отъ впечатлѣнія врача, наблюдающаго больного, точно также нельзя быть вполне увѣреннымъ въ заживленіи язвы, ибо исчезновеніе всѣхъ жалобъ со стороны желудка не можетъ быть достаточно убѣдительно. Часто приходится для подтвержденія такого гадательнаго діагноза обращаться къ анамнезу, откуда иногда можно почерпнуть драгоцѣнныя указанія на какой нибудь признакъ, могущій отсутствовать въ моментъ изслѣдованія, наличность коего рѣшаетъ вопросъ въ положительномъ смыслѣ; это часто относится къ кровавой рвотѣ и кровавымъ испражненіямъ, которыя могутъ быть только одинъ разъ во все теченіе болѣзни. Точно также, въ иныхъ случаяхъ, выясненіе этиологіи заболѣванія и наблюденіе надъ теченіемъ болѣзни служатъ подспорьемъ при опредѣленіи характера заболѣванія.

Какъ уже нами указано выше, ни одинъ изъ признаковъ, коими сопровождается заболѣваніе круглой язвой

1) Münchener med. Wochenschrift 1896 г. № 25.

желудка, самъ по себѣ не характеристиченъ для названной болѣзни и можетъ наблюдаться при другихъ заболѣваніяхъ. Наиболѣе постояннымъ признакомъ язвы нужно считать чувство боли, которая носитъ совершенно особый характеръ, строго локализована и въ огромномъ большинствѣ случаевъ наступаетъ послѣ ѣды, прекращается или дѣлается менѣе интенсивной послы рвоты; рядомъ съ чувствомъ боли, по постоянству, нужно поставить и отмѣченный нами признакъ, на который нигдѣ не указывается, это напряжение прямыхъ мышцъ живота, отсутствовавшее только въ одномъ нашемъ наблюдении. Наличие названныхъ признаковъ достаточна, чтобъ діагнозъ сталъ вѣроятнымъ, при условіи, конечно, исключенія другихъ заболѣваній, гдѣ могутъ наблюдаться и боль и напряжение прямыхъ мышцъ живота. Присоединеніе, къ названнымъ явленіямъ желудочнаго кровотечения и данныя, полученныя при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго, указывающіе на повышеніе соляной кислоты, дѣлають діагнозъ круглой язвы желудка несомнѣннымъ.

Bouveret¹⁾ считаетъ достаточнымъ для установки діагноза язвы наличие слѣдующихъ условій:

1) Одновременное существованіе локализованной боли, геморрагіи и избытка секреціи.

2) Избытокъ секреціи и значительная геморрагія, ибо менѣе значительная можетъ зависѣть отъ гипереміи слизистой желудка.

3) Избытокъ секреціи и припадочная боль, наступающая тотчасъ или нѣсколько минутъ спустя послѣ принятія пищи; боль, наступающая часа черезъ три послѣ ѣды, можетъ зависѣть отъ повышенной кислотности.

1) Bouveret l. c. 284.

4) Обильная геморрагія съ быстрымъ возстановленіемъ силъ и сопровождающаяся чрезмѣрной кислотностью или гиперсекреціей.

5) Геморрагія и боль, при условіи, если первыя кровотечения произошли за нѣсколько лѣтъ и если боль наступаетъ вскорѣ послѣ ѣды.

Повидимому, Bouveret не придаетъ важнаго значенія чувству боли, которые испытываютъ больные, съ чѣмъ мы, конечно, не можемъ согласиться, такъ какъ не видѣли ни одного больного съ язвой желудка, у котораго этотъ симптомъ отсутствовалъ бы, за исключеніемъ, конечно, латентныхъ формъ язвы. Разумѣется, приходится иногда довольствоваться и меньшимъ комплексомъ симптомовъ для установки діагноза, такъ какъ лучше, въ смыслѣ прогноза, при малѣйшемъ подозрѣніи допустить существованіе язвы; результаты леченія въ такихъ случаяхъ сами служатъ средствомъ для распознаванія язвы.

Для прочной постановки діагноза язвы недостаточно приведенныхъ условій, необходимо еще исключить тѣ заболѣванія, при которыхъ могутъ наблюдаться признаки сопутствующія язвѣ, и съ которыми поэтому можно смѣшать сію послѣднюю. Прежде всего нужно указать на ракъ желудка.

Исходной точкой для различія этихъ двухъ заболѣваній обыкновенно принимается кахектичный видъ больного при ракѣ; но, какъ мы видѣли, это не совсѣмъ такъ, ибо и при язвѣ подобный видъ можно наблюдать, особенно при обширныхъ язвахъ, поведшихъ за собою значительное истощеніе больного; то-же самое нужно сказать и относительно прогрессивнаго исхуданія больного, которое наблюдается при обоихъ заболѣваніяхъ; правда, въ тѣхъ случаяхъ гдѣ язва еще не получила большого распространенія въ ширину и

въ глубь, питаніе больного долго сохраняется, особенно если язву не сопровождается катарръ желудка. Какъ на отличіе нужно указать на то, что исхуданіе больного при ракъ идетъ быстрѣе и постоянно, тогда какъ при язвѣ — медленнѣе и можетъ наступить остановка и даже улучшеніе. Отличіе боли при язвѣ заключается въ томъ, что она сильнѣе и чаще совпадаетъ ея ожесточеніе съ принятіемъ пищи; она наибъе локализуется въ лѣвомъ подреберьѣ, а при ракъ — въ подложечной области; при язвѣ боль усиливается при перемѣнѣ положенія больного. Рвота при ракъ наблюдается гораздо рѣже и рвотныхъ массъ меньше, чѣмъ при язвѣ; также чаще при ней бываетъ и кровавая рвота, при чемъ кровь рѣже измѣнена и количество ея обильнѣе, чѣмъ при ракъ. Кровавая рвота при ракъ наступаетъ уже тогда, когда ракъ изъязвился, т. е. когда больной сильно истощенъ, тогда какъ при язвѣ кровавая рвота наступаетъ и тогда, когда питаніе больного еще сохранено. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ при ракъ наблюдается отсутствіе соляной кислоты въ желудкѣ и присутствіе молочной, тогда какъ при язвѣ наоборотъ, наблюдается усиленное отдѣленіе соляной кислоты, а отсутствіе ея наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда язва сопровождается атрофическимъ катарромъ желудка и уменьшеніе — при обыкновенномъ катаррѣ. Двигательная и всасывательная способности желудка при язвѣ нормальны (повидимому), при ракъ — понижены. При ракъ замѣчается прогрессирующее паденіе % гемоглобина, при язвѣ особыхъ измѣненій крови не наблюдается. Наконецъ, при ракъ часто находятъ опухоль, а при язвѣ только въ рѣдкихъ случаяхъ; напряженіе ректальныхъ мышцъ при ракъ не наблюдается.

Круглую язву желудка трудно отличить отъ язвы duodeni:

здѣсь боль носитъ одинаковый характеръ, также совпадаетъ съ приемами пищи, хотя ожесточеніе наступаетъ позднѣе, чѣмъ при язвѣ желудка; только локализція боли при язвѣ duodeni всегда въ правомъ подреберьѣ, рвота при язвѣ duodeni бываетъ очень рѣдко, а съ кровью — какъ величайшая рѣдкость.

Къ числу заболѣваній, съ коими можно смѣшать круглую язву желудка, нужно отнести нервную желудочную боль, здѣсь для отличія нужно имѣть въ виду, что эта боль появляется не столь часто, какъ при язвѣ, часто находится въ зависимости отъ душевныхъ волненій и никакого отношенія къ приемамъ пищи не имѣетъ, иногда же отъ ѣды проходитъ; также становится легче, а иногда и совсѣмъ проходитъ отъ давленія, тогда какъ при язвѣ отъ давленія боль усиливается; при нервной боли никогда не бываетъ кровавой рвоты и стула; секреторная дѣятельность не мѣняется и едва ли когда нарушается питаніе. Далѣе слѣдуетъ катарръ желудка, при немъ боли локализируются подъ ложечкой, онѣ тупыя, скорѣе похожи на тяжесть, отъ перемѣны положенія больного не усиливаются; рвота бываетъ рѣдко, а кровавая — никогда; языкъ обложенъ, при язвѣ часто красенъ; количество соляной кислоты уменьшено, а иногда она совершенно отсутствуетъ. Боль при желчной коликѣ локализуется въ правомъ подреберьѣ и отдаетъ въ правую лопатку, наступаетъ внезапно и внезапно прекращается, бываетъ большею частью ночью, иногда сопровождается желтымъ окрашиваніемъ кожи; кровавой рвоты и стула никогда не бываетъ, иногда замѣчается растянутый желчный пузырь и увеличеніе печени; соляная кислота не увеличена; въ испражненіяхъ можно найти камни. Остается еще упомянуть объ одномъ страданіи, съ коимъ можно смѣшать язву, о сращеніи желудка съ сосѣдними частями, оно можетъ появиться послѣ заживленія язвы желудка,

или же находиться въ зависимости отъ другихъ страданій, повлекшихъ за собой ограниченный слипчивый перитонитъ. Боли при этомъ бываютъ очень сильны и могутъ походить на боль при язвѣ. Въ послѣднее время сдѣлана попытка выдѣлить названное заболѣваніе въ отдѣльную форму. Проф. И. Н. Оболенскій¹⁾ (о внутри-брюшныхъ сращеніяхъ, ихъ патогенезъ и диагностикъ. Мед. Обзоръ № 1. 1895 г.), на основаніи своего наблюденія (одно) и другихъ авторовъ (Riedel — 8, Lauenstein — 8, Robson — 2, Hoesker — 2), такъ характеризуетъ это страданіе: 1) очень сильныя боли постоянныя или съ перерывами; 2) расширение желудка, если сращеніе находится въ пилорической части; 3) неподвижность желудка на мѣстѣ сращенія; 4) нормальный химическій составъ желудочнаго сока, нормальная пищеварительная способность, нормальная всасывательная способность съ ослабленіемъ двигательной; 5) отсутствіе опухоли въ желудкѣ; 6) указанія анамнеза на желчные камни, *ulcus ventriculi*, введеніе въ желудокъ ѣдкихъ веществъ, воспаленіе кишекъ; 7) безуспѣшность терапіи.

Докторъ Перетцъ²⁾, трактуя о данномъ вопросѣ, приводитъ случай, гдѣ по первому впечатлѣнію можно было думать о язвѣ желудка, но дальнѣйшія наблюденія заставили придти къ тому заключенію, что причина всѣхъ явленій, наблюдаемыхъ у больного, заключается въ сращеніи желудка съ какимъ-нибудь изъ сосѣднихъ органовъ. Произведенная лапаротомія А. А. Трояновымъ обнаружила въ пилорической части желудка сращеніе съ лѣвой долей печени; тяжъ былъ изсѣченъ и больной выздоровѣлъ: всѣ

1) К. А. Перетцъ, Больничная газета Боткина 1896 г. № 18.

2) 1. с.

болѣзненные припадки исчезли. Боли, которыя наблюдались у больного, не зависѣли отъ характера принятой пищи и совпадали съ перистальтикой желудка; онѣ всегда локализовались въ области эпигастрія, вправо отъ *linea mediana*, и не уступали никакимъ наркотическимъ веществамъ. Содержаніе соляной кислоты было нормально, двигательная способность была ослаблена. Несомнѣнно, подобные случаи очень трудно отличить отъ круглой язвы желудка, особенно, если въ анамнезѣ есть указанія на кровавую рвоту или кровавыя испраженія, словомъ, когда названное страданіе явилось послѣдствіемъ круглой язвы желудка. Нѣсколько можетъ облегчить распознаваніе отсутствіе нарушенія секреторной функціи желудка и ослабленіе движеній его.

Глава V.

Теченіе круглой язвы желудка. Клиническія формы. Лечение, діета, питательныя клизмы, медикаменты. Краткій историческій обзоръ терапіи язвы.

Теченіе круглой язвы желудка, большею частію, хроническое; въ однихъ случаяхъ, въ началѣ, замѣчаются только припадки хроническаго катарра, къ нимъ въ послѣдствіи присоединяются симптомы круглой язвы желудка:

появляется кровавая рвота и пр. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь начинается внезапно, наступаетъ обычно во время работы и сопровождается кровавой рвотой и испражнениями; случаевъ внезапнаго заболѣванія у насъ наблюдалось шесть. Начало заболѣванія обусловливается напряженіемъ больного при подъемѣ тяжести, или вообще трудной работой; при этомъ у троихъ больныхъ внезапное наступленіе болѣзни сопровождалось обмороками. Въ этихъ случаяхъ, вѣроятно, болѣзнь сначала протекала скрытно и потомъ, подъ вліяніемъ внѣшнихъ причинъ, обнаруживалась внезапнымъ появленіемъ боли и кровавой рвоты. Подъ вліяніемъ тѣхъ-же внѣшнихъ причинъ часто, и въ случаяхъ медленнаго теченія болѣзни, наступаетъ кровавая рвота. Какъ въ случаѣ медленнаго развитія болѣзни, такъ и въ случаяхъ внезапнаго ея появленія жизнь пациента можетъ сразу прекратиться, благодаря наступившимъ грознымъ осложнениямъ. Большею частію болѣзнь, обнаружившись, принимаетъ хроническое теченіе отъ одного года до 20 лѣтъ; Кунце¹⁾ наблюдалъ одинъ случай съ тридцатилѣтнимъ теченіемъ, а у Brinton'a²⁾ отмѣченъ случай, гдѣ продолжительность болѣзни была 35 лѣтъ. Въ теченіи болѣзни замѣчаются разныя колебанія; то наступаетъ улучшение и далѣе совершенное прекращеніе болѣзни, то опять ожесточеніе, или же появляются рецидивы; такіе перемежки и рецидивы по Leube³⁾ явленіе обыкновенное.

Продолжительность теченія болѣзни у нашихъ больныхъ до поступленія въ клинику была такая:

1) I. с. 249.

2) Эйхгорстъ I. с. 152.

3) I. с. 93.

Хворали до поступленія въ клинику	1 мѣсяць	1
" " " " "	2	" 2
" " " " "	3	" 1
" " " " "	6	" 2
" " " " "	1 годъ	7
" " " " "	2	" 4
" " " " "	3	" 3
" " " " "	5	" 4
" " " " "	19	" 1
		25.

Во все время пребыванія въ клиникѣ ни у одного больного не было повышенія температуры. Въ иныхъ случаяхъ, впрочемъ очень рѣдкихъ, бываетъ въ теченіи язвы повышеніе температуры; обыкновенно эти повышенія, очень незначительныя, зависятъ отъ анэміи¹⁾; повышеніе температуры не превышаетъ 38,5° Ц. и продолжается до нѣсколькихъ недѣль, а въ одномъ случаѣ Эйхгорста²⁾ лихорадка тянулась 9 мѣсяцевъ.

Изъ другихъ болѣзней, наичаще встрѣчающихся при язвѣ желудка, на первомъ мѣстѣ нужно поставить анэмію, которая является или послѣдствіемъ круглой язвы, или служитъ почвой, на которой развивается сама язва. Далѣе, какъ на частое осложненіе язвы, Лейбе³⁾ указываетъ на чахотку, при чемъ, по Dittrich'у, на 103 вскрытія, умершихъ отъ язвы, чахотка встрѣтилась 18 разъ, а по Steiner'у на 110 вскрытій — 33 раза. Въ нашихъ случаяхъ изъ болѣзней, имѣющихъ какое нибудь отношеніе къ язвѣ, нужно отмѣтить артеріосклерозъ, который наблюдался 4 раза, и

1) Засѣцкій I. с. 296.

2) I. с. 152.

3) I. с. 93.

1 разъ туберкулезъ; другія осложненія, коихъ было не много, нужно отнести къ случайнымъ заболѣваніямъ, не имѣющимъ никакой связи съ круглой язвой желудка.

Клиническая картина теченія болѣзни, какъ уже сказано, бываетъ разнообразна и потому обыкновенно различаютъ нѣсколько клиническихъ формъ. Такъ, Жаку¹⁾ различаетъ три формы язвы; первая молниеносная, когда сразу у человѣка, дотолѣ здороваго, наступаютъ явленія прободенія или появляется кровавая рвота, отъ чего больной и умираетъ; эта форма встрѣчается очень рѣдко. Вторая форма, быстрая или острая, носитъ всѣ признаки остраго гастрита отъ отравленія, сопровождается болями, постоянной рвотой, упадкомъ силъ, лихорадкой, а недѣли черезъ двѣ появляется прободеніе или геморрагія, и обыкновенно наступаетъ смерть. Третья форма, хроническая, тянется болѣе и менѣе долго и имѣетъ различные исходы.

Bouveret²⁾ допускаетъ возможность дѣленія круглой язвы, согласно съ Lebert'омъ, по тѣмъ симптомамъ, которые болѣе всего и ярче выступаютъ въ теченіи болѣзни.

1) Геморрагическая круглая язва характеризуется частыми и обильными кровотечениями; она бываетъ острой и хронической. При первой больной можетъ быстро умереть, вслѣдствіе большой потери крови, а если выживетъ, то долго страдаетъ отъ анеміи, но все-таки язва можетъ зарубцеваться. При хронической формѣ кровотечения невелики, но очень упорны и часты, такъ что больной не можетъ оправиться отъ потери крови и представляетъ явленія сильной прогрессирующей анеміи.

2) Гастралгическая форма, — при ней преобладающее

1) I. с. 153.

2) I. с. 278.

явленіе боль, наступающая пароксизмами; въ началѣ кровотеченій не бываетъ, поэтому распознаваніе ея до ихъ наступленія затруднительно; рвота при ней бываетъ рѣдко.

3) Перфоративная форма обыкновенно протекаетъ скрытно, до взрыва симптомовъ общаго перитонита; язва обыкновенно помѣщается на передней стѣнкѣ.

4) Рвотная форма, — при ней больной имѣетъ видъ крайнаго истощенія; здѣсь или язва или рубецъ, обезображиваніе желудка и спайки его.

5) Диспептическая форма, — симптомовъ язвы нѣтъ, а есть явленія диспепсіи, самая коварная форма, — больной можетъ умереть мгновенно; чаще бываетъ у женщинъ, поэтому нужно всегда ее у нихъ подозрѣвать, если есть хотя бы даже умѣренные боли во время пищеваренія и повышено содержаніе соляной кислоты.

6) Кахектическая форма, — больные при ней представляютъ кахектическій видъ, очень слабы; иногда бываетъ рвота и боль; обыкновенно бываетъ тогда, когда язва долго существовала, появилось суженіе привратника и измѣненіе формы желудка или развился слизистый катарръ. Иногда можетъ быть улучшение.

Пр. С. М. Васильевъ дѣлитъ теченіе круглой язвы желудка на три періода; первый періодъ, когда пострадала только слизистая оболочка желудка, второй — когда и мышечный слой принялъ участіе въ страданіи, и третій — когда произошли измѣненія въ серозной оболочкѣ и сосѣднихъ органахъ. Сообразно этимъ анатомическимъ измѣненіямъ и клиническая картина болѣзни будетъ нѣсколько не одинакова; каждый періодъ будетъ характеризоваться признаками, ему свойственными, въ другихъ періодахъ эти признаки будутъ отсутствовать, или выражаться иначе. По этому клинически можно различать три вида круглой язвы,

которые узнаются, какъ по своимъ признакамъ, такъ еще и по отношенію къ терапіи; случаи, относящіеся ко первому виду, легко поддаются леченію, относящіеся ко второму труднѣе, а въ случаяхъ третьяго вида всякая терапія безсильна.

Соотвѣтственно этому дѣленію и нашихъ больныхъ можно раздѣлить на три группы, каждая изъ нихъ будетъ отличаться отъ другихъ особымъ теченіемъ, проявленіемъ припадковъ и отношеніемъ къ терапіи.

Первая группа. Больныхъ, принадлежащихъ къ этой группѣ, у насъ отмѣчено больше, чѣмъ относящихся къ остальнымъ двумъ, все эти люди нестарые, въ возрастѣ не выше 35 лѣтъ; въ большинствѣ случаевъ болѣзнь у нихъ начинается съ явленій катарра и уже въ дальнѣйшемъ теченіи выступаютъ признаки язвы желудка; случаи внезапнаго заболѣванія здѣсь встрѣчаются довольно часто. По крайней мѣрѣ въ половинѣ случаевъ больные вовсе не представляютъ явленій исхуданія, если оно и наступаетъ, то обыкновенно не рѣзко выражено. Всѣ они сохраняютъ прекрасный аппетитъ и половина ихъ не страдаетъ жаждой. Боль появляется пароксизмами, обычно послѣ приемовъ пищи, со всѣми характерными особенностями, свойственными боли при круглой язве; она прекращается послѣ рвоты, которая наблюдалась почти у всѣхъ больныхъ (9). У нѣкоторыхъ больныхъ бывала постоянная тупая боль, свойственная болѣе катарру желудка; послѣ ѣды она принимала характеръ боли при язве. У большинства (7) можно было констатировать кровь во рвотѣ или испражненіяхъ, выдѣленіе крови было необильное. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго, большею частію (8), указывало на повышенное содержаніе соляной кислоты. Напряженіе прямыхъ мышцъ живота было рѣзко выражено у 7 лицъ, у 5 было нѣсколько слабѣе, а у од-

ного совершенно не замѣчалось. Дефекація была затруднена у $\frac{2}{3}$ больныхъ. (Случаи: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 25). — Леченіе такихъ больныхъ идетъ очень успѣшно, обычно чрезъ 10—15 дней они уже ни на что не жалуются и быстро полнѣютъ; у всѣхъ нашихъ больныхъ этой группы ко дню выхода изъ клиники вѣсъ прибавился.

Вторая группа характеризуется почти тѣми-же признаками, что и первая, но только симптомы язвы выражены гораздо рѣзче. Больные, принадлежащіе къ этой группѣ встрѣчаются рѣже (8); большею частію они средняго возраста, почти всегда у нихъ болѣзнь развивается постепенно (7), случаи внезапнаго заболѣванія рѣдки (1). Почти всѣ (6) имѣютъ истощенный видъ, съ блѣдными покровами; аппетитъ разстраивается (5), жаждой обычно не страдаютъ (1). Почти всѣ испытываютъ (6) постоянную сильную боль, которая отдаетъ въ плечи и спину; эта постоянная боль усиливается послѣ принятія пищи и становится легче послѣ рвоты, которая наблюдалась у многихъ больныхъ (6), послѣ нея же боль, наступавшая пароксизмами (2), прекращалась; вообще въ этой стадіи теченія круглой язвы интенсивность боли очень велика. Въ большинствѣ случаевъ (6) можно было констатировать кровь во рвотѣ или въ испражненіяхъ и иногда выдѣленіе крови бывало очень обильно. Содержаніе соляной кислоты большею частію повышено (7). Прямые мышцы живота всегда бываютъ сильно напряжены. Большинство (5) страдаетъ упорными запорами. (Случаи: 1, 2, 3, 11, 12, 14, 16, 23). — Леченіе такихъ больныхъ идетъ не столь успѣшно, какъ принадлежащихъ къ первой группѣ; улучшеніе состоянія въ тѣхъ случаяхъ, когда это бываетъ, наступаетъ между 10 и 20 днями леченія; вѣсъ прибавляется не у всѣхъ (5).

Больные третьей группы рѣзко отличаются отъ пер-

выхъ двухъ. — Такъ-же какъ и во второй группѣ они принадлежатъ къ среднему или пожилому возрасту; болѣзнь обычно у нихъ давнишняя и началась не сразу, а развивалась постепенно. Всѣ они представляютъ сильную степень истощенія; видъ у нихъ кахектический, кожа блѣдная съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Аппетитъ рѣдко сохраняется (1), всѣ страдаютъ жаждой и упорными запорами. Постоянная очень сильная боль, послѣ ѣды, дѣлается невыносимой; иногда усиленіе боли наблюдается ночью и натошакъ, боли обыкновенно отдають въ животъ, спину и плечи, усиливаются при движеніи и при извѣстныхъ положеніяхъ больного; чтобы хоть сколько-нибудь облегчить свои страданія, больные принимаютъ самыя неудобныя позы; наркотическія средства обычно никакого вліянія на нихъ не оказываютъ. Послѣ рвоты, которая наблюдается у всѣхъ больныхъ этой группы, боль не проходитъ и тянется цѣлыя сутки, такъ что сонъ совершенно нарушается. Кривая рвоты наблюдается въ половинѣ случаевъ, но количество крови не обильно. У двоихъ больныхъ содержаніе соляной кислоты не было повышено (діагнозъ былъ подтвержденъ вскрытіемъ), у одного оно было въ предѣлахъ нормы; (у больной № 19 исследование желудочнаго содержимаго произведено не было). Прямые мышцы живота всегда бываютъ сильно напряжены, иногда даютъ ощущеніе дерева; въ двухъ случаяхъ констатировалась опухоль на ограниченномъ мѣстѣ. (Случаи 10, 19, 22, 24). — Обычные способы леченія не приносятъ никакой пользы больнымъ, они постепенно худѣютъ, истощаются и умираютъ въ страшныхъ мукахъ, ибо болеутоляющія нисколько не облегчаютъ ихъ страданій. Эти тяжелыя страданія наблюдаются тогда, когда язва нарушила всѣ слои стѣнки желудка и когда образовались самыя разнообразныя сращенія желудка съ сосѣдними органами.

Леченіе круглой язвы желудка, сообразно приведенной группировкѣ больныхъ, бываетъ различно. Всѣ больные, особенно въ тяжелыхъ случаяхъ, должны лежать въ постели и соблюдать покой, и чѣмъ тяжелѣе случай, тѣмъ этотъ режимъ продолжительнѣе и строже, въ легкихъ случаяхъ онъ тянется до 1 недѣли. Діета заключается въ употребленіи исключительно жидкой пищи, при чемъ молоко здѣсь является незамѣнимымъ пищевымъ средствомъ, удовлетворяя своимъ составомъ всѣмъ потребностямъ организма, оно выполняетъ еще одно важное показаніе, — уменьшаетъ остроту желудочнаго содержимаго, связывая свободную соляную кислоту своими бѣлками. Молоко можно давать до 2—3 литровъ въ сутки въ нѣсколько приѣмовъ. Къ сожалѣнію, отъ подобнаго питанія иногда скоро приходится отказываться, такъ какъ оно быстро надоедаетъ больнымъ, а иные больные совершенно не переносятъ молока. Въ такихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ жидкимъ мяснымъ супамъ, въ формѣ пюре. Большихъ количествъ пищи заразъ давать нельзя, не болѣе 300,0. Иногда, въ легкихъ случаяхъ, можно давать яйцо въ смятку.

Если питаніе *per os* исключается, вслѣдствіе извѣстныхъ показаній, то больному даютъ питательныя клизмы, а для утоленія жажды — глотаніе ледяныхъ пилюль. Питательныя клистиры назначаютъ до 5 разъ въ день; клистиръ долженъ быть не великъ (250,0) и теплой температуры (28° Ц.), предварительно прямая кишка должна быть промыта.

Главнѣйшіе типы клистировъ, по *Bouveret*¹⁾, слѣдующіе:

- 1) Въ стаканъ молока или говяжьяго бульона при-

1) I. с. 290.

бавляется 1 желтокъ, 2 чайныя ложечки сухого пептона и нѣсколько капель Т-гае оріі.

2) Берутъ 250,0 молока, 2 желтка, немного соли и по столовой ложкѣ краснаго вина и крахмала (Boas).

3) 75,0 молока или мясного чая (the de boeuf), 1 желтокъ, 15—30 граммъ рому (Donkin) и нѣсколько капель Т-гае оріі.

4) Полчашки 20% раствора сахара съ небольшимъ количествомъ муки нагрѣваютъ и добавляют стаканъ краснаго вина; затѣмъ медленно примѣшиваютъ 2—3 яйца, сбитыхъ съ большой ложкой холодной воды; смѣсь не доводятъ до высокой температуры, чтобы бѣлокъ не выпалъ (Ewald).

5) Въ стаканѣ 15—20% раствора сахара сбиваются 3—5 яицъ, къ смѣси иногда добавляется немного крахмала, или слизистыхъ веществъ и нѣсколько капель Т-гае оріі (Ewald).

6) Настой (въ теплѣ) изъ свиной поджелудочной железы и очищеннаго мелко изрубленнаго мяса, профильтрованный сквозь тонкое полотно.

7) Можно употреблять въ качествѣ клистира 200—250 граммовъ дефибринированной бычачьей крови, 1—2 раза въ день.

Кромѣ только что приведенныхъ, существуетъ еще много разныхъ смѣсей, употребляемыхъ для питательныхъ клистировъ, о чемъ будетъ сказано ниже.

Хотя нѣкоторые и отрицаютъ возможность питанія *per rectum*, однако несомнѣнно, что извѣстное время больные могутъ жить при подобномъ питаніи, срокъ продолжительности коего еще точно не опредѣленъ; обычно ихъ примѣняютъ отъ пяти дней до 10 и даже до трехъ недѣль (Donkin). Потомъ опять переходятъ къ кормленію *per os*, соблюдая строгую постепенность какъ въ количествѣ,

такъ и въ качествѣ пищи. Нужно сначала педѣли три выдержать больного на одномъ молокѣ или жидкомъ мясномъ супѣ; потомъ постепенно переходятъ къ болѣе твердой пищѣ, — яйца въ смятку, молодая птица, телятина, все это въ изрубленномъ видѣ; далѣе, можно назначить жиры, свѣжее сливочное масло. Хлѣба, зелени, фруктовъ съ зернышками слѣдуетъ долго избѣгать, а также спиртныхъ напитковъ. Пища принимается часто и малыми количествами.

Въ нѣкоторыхъ легкихъ случаяхъ первой группы бываетъ совершенно достаточно покойнаго положенія въ постели и молочной діеты для излеченія болѣзни; но болѣею частію приходится прибѣгать къ примѣненію и нѣкоторыхъ медикаментовъ.

Здѣсь на первомъ планѣ нужно поставить *Argentum nitricum*, которое дается въ пилюляхъ *cum Extracto Belladonnae*:

Rp. Argenti nitrici 0,1

Extr. Bellad. 0,3

„ Liqur. q. s. ut f. l. a. pil. № 30 S.

Отъ 2 до 6 пил. въ день.

Это средство удовлетворяетъ нѣсколькимъ показаніямъ: дезинфицируетъ, вяжетъ, ослабляетъ боли и, благодаря белладонѣ, уменьшаетъ секрецію желудочныхъ железъ. Замѣтный эффектъ дѣйствія наступаетъ приблизительно уже на 10 день; это средство, если нѣтъ иныхъ показаній, слѣдуетъ давать и по прекращеніи болей въ теченіе около 2 мѣсяцевъ.

Больнымъ второй категоріи тоже дается *Argent. nitricum*, но если оно не помогаетъ, то лучше, дней черезъ 10, перейти къ висмуту, который назначается по одному грамму и болѣе, 4—6 разъ въ день, взмученный въ стаканѣ воды;

при приѣмѣ этого средства больной принимаетъ положеніе соотвѣтственно мѣсту, гдѣ предполагается язва. Цѣль назначенія лекарства — покрыть порошкомъ висмута язвенную поверхность и такимъ образомъ защитить ее отъ раздраженія желудочнымъ содержимымъ, отсюда уменьшеніе болей. Замѣтное дѣйствіе средства наступаетъ недѣли черезъ двѣ послѣ начала его примѣненія.

На больныхъ третьей группы діета и медикаменты не оказываютъ никакого вліянія и для нихъ требуется особое леченіе, о чемъ будетъ сказано ниже. Приведенная терапия, кромѣ куративнаго значенія, еще помогаетъ діагнозу, давая возможность судить о томъ, насколько далеко зашелъ въ желудкѣ процессъ разрушенія.

Кромѣ указанной терапии приходится примѣнять при язвахъ различныя симптоматическія средства и противъ осложнений. Самый тягостный для больныхъ симптомъ это боль, для облегченія коей примѣняется на животъ согрѣвающий компрессъ или линиментъ изъ *Ol. Hyosciami* (2 части) и *Chloroformii* (1 часть). Въ тѣхъ случаяхъ, когда это не помогаетъ, лучше всего дать морфій подѣ кожу:

Rp. *Morphii muriat.* 0,1

Aq. destill. 10,0

M. D. S. отъ $\frac{1}{4}$ до цѣлаго правац. шприца подѣ кожу, раза 2 въ день

или внутрь:

Rp. *Morph. muriat.* 0,005—0,015

Sacchari albi 0,3

M. f. p. D. t. d. N. . . .

S. По одному порошку, 1—2 раза въ день.

(Эту-же дозу можно дать въ суппозиторіяхъ.)

Кромѣ морфія, во второй и третьей стадіи можно давать вмѣстѣ съ висмутомъ опій. Также съ тою-же цѣлью на-

значаются: атропинъ, *Chloralhydrat*, кодеинъ, кокаинъ, хлороформъ и пр.

Для нейтрализаціи кислой желудочной среды *Bouveret*¹⁾ рекомендуетъ двууглекислую соду до 8,0—14,0 въ сутки, по 2,0 на приѣмъ, каждый часъ, во время пищеварительнаго періода. Эта соль, кромѣ того, имѣетъ еще и послабляющее дѣйствіе; вообще больнымъ язвой слабительныхъ лучше не давать, а слѣдуетъ для очищенія кишечника примѣнять водяные клистиры. Противъ рвоты обычно не приходится употреблять какихъ-нибудь средствъ, такъ какъ она при правильно установленной діетѣ проходитъ сама; въ случаяхъ упорной рвоты помогаютъ средства, облегчающія боль.

При суженіяхъ привратника, съ расширеннымъ желудкомъ, нѣкоторую пользу можетъ принести промываніе желудка, которое однако нужно производить съ величайшею осторожностью. Производится промываніе за нѣсколько минутъ передъ ѣдой.

При кровотеченіяхъ больного укладываютъ въ постель, на животъ примѣняется пузырь со льдомъ; питаніе *per os* прекращается, для утоленія жажды даются ледяныя пилюли. Для устраненія движеній желудка морфій подѣ кожу, а при упорномъ кровотеченіи можно дать подѣ кожу эрготинъ. При наступленіи коллапса, вслѣдствіе кровотеченія, подѣ кожу эфиръ и камфору. При обильныхъ потеряхъ крови слѣдуетъ ввести подѣ кожу, въ 2—3 раза, литръ раствора поваренной соли (6:1000); то-же можно примѣнить и въ *rectum*; въ томъ и другомъ случаѣ растворъ долженъ быть теплый (30° Ц.). Остающаяся послѣ такихъ кровотеченій анемія лечится препаратами желѣза, лучше всего органическими соединеніями

1) I. с. 295.

Наемогалло'омъ или Ferratin'омъ и другими способами, укрѣпляющими организмъ. Въ случаяхъ прободенія желудка и общаго перитонита, сей послѣдній лечится по общимъ правиламъ.

По выздоровленіи больной долго долженъ быть осторожнымъ въ ѣдѣ; слѣдуетъ избѣгать усиленной физической дѣятельности быстрыхъ движеній и пр. Для ускоренія рассасыванія, часто образующихся, сращеній желудка рекомендуются согрѣвающие компрессы, массажъ съ большою осторожностью и электричество. Вотъ все, что можно сказать о терапіи круглой язвы желудка; арсеналъ средствъ сколько-нибудь дѣйствительныхъ не великъ, — *Argentum nitricum*, *Magisterium Bismuthi* и только; но и эти средства помогаютъ далеко не всегда. Настолько рѣдко врачи видятъ отъ нихъ пользу, что многіе даже сомнѣваются въ возможности примѣненія лекарствъ при круглой язвѣ желудка и всю надежду возлагаютъ на правильную діету.

Не смотря на то, что прошло болѣе полустолѣтія съ тѣхъ поръ, какъ стала извѣстна язва желудка, и, не смотря на то, что много было положено силъ и труда на изученіе ея этиологіи, леченіе этой тяжелой болѣзни осталось почти въ томъ-же видѣ, какъ предложилъ его Кривелье. Задача врача, разъ онъ имѣетъ дѣло съ язвой, заключается, конечно, въ заживленіи ея, но эта задача здѣсь значительно усложняется тѣмъ, что язву желудка нельзя разсматривать, какъ всякую другую язву; ее нельзя, какъ слѣдуетъ, ни промыть, ни дезинфицировать, ни защитить отъ раздраженій; это не позволяетъ сдѣлать ея мѣстоположеніе въ органѣ, который обязанъ постоянно находиться въ работѣ. Поэтому главные правила леченія язвъ и ранъ — иммобилизація больного органа, дезинфекція и устраненіе разныхъ раздражителей — могутъ быть выполнены въ леченіи язвъ желудка

только отчасти. Эти показанія, насколько возможно, выполняются леченіемъ, предложеннымъ еще Cruveilhier¹⁾. Онъ назначалъ своимъ больнымъ молоко, которое принималось ими столовыми ложками, къ молоку иногда прибавлялись *Aqua Calcis* или *Natr. bicarbonicum*; также примѣнялись кислое молоко и сыворотка. Если больные не могли переносить молока, то давалась вообще жидкая пища, твердая пища безусловно воспрещалась. Изъ лекарствъ назначался висмутъ. Это леченіе съ варіаціями примѣнялось и врачами послѣдующими, причемъ иногда прибавлялись новыя средства или противъ самой болѣзни, или терапія имѣла въ виду устраненіе тѣхъ или другихъ осложненій и симптомовъ, тягостныхъ для больного и иногда угрожавшихъ его жизни. Обращаясь къ терапіи прежняго времени, мы видимъ, что назначеніе леченія при *ulcus* не всегда отличалось ясно и опредѣленно поставленными показаніями; дабы не показаться голословнымъ, я позволю себѣ привести здѣсь краткій обзоръ терапіи язвы съ давнихъ поръ и по настоящее время.

Надо замѣтить, что сомнѣніе въ пользѣ фармацевтическаго леченія язвы возникло уже въ сороковыхъ годахъ. Dr. C. A. Wunderlich²⁾ говоритъ, что польза отъ медикаментовъ „проблематична“; разумное и умѣренное употребленіе наркотическихъ средствъ можетъ иногда принести нѣкоторую пользу, также можно испробовать цинкъ, азотно-кислую окись висмута, *Plumbum aceticum*, *Calomel* и углекислыя воды съ небольшимъ количествомъ желѣза. Главная польза при леченіи *ulcus* зависитъ отъ діеты; далѣе нужно избѣгать тѣлесныхъ движеній, душевныхъ волненій и умствен-

1) Кунце I. с. 250.

2) Dr. C. A. Wunderlich. Handbuch der Pathologie und Therapie 1846.

наго напряженія; кажется теплый сухой воздухъ содѣйствуетъ заживленію. Пища должна состоять исключительно изъ молока съ прибавленіемъ углекислыхъ солей; конечно, приходится давать и другую пищу, если больной не выноситъ молока; пищи должно быть немного, чтобы давать покой желудку. Хорошо примѣненіе частыхъ теплыхъ купаній. При обостреніи боли — мѣстныя кровопусканія и теплые компрессы. Діету долго приходится держать и послѣ заживленія язвы.

Врачи слѣдующаго десятилѣтія не внесли ничего новаго въ терапію круглой язвы; Hamburger¹⁾ дѣлаетъ тѣ-же указанія на діету и наркотическія средства. Изъ внутреннихъ средствъ Budd²⁾ рекомендуетъ Magist. bismuth. по 5—10 гранъ, три раза въ день, взвѣшеннаго въ водѣ при помощи pulv. Tragacanth. compos. и сиропа; давать нужно до ѣды, вечеромъ-же принимать дозу магнезій; въ случаѣ сильнаго запора — Aloë, или пилюли Colocynthis compositae; при кровотеченіи глотать ледъ и ледъ на epigastrium, покойное положеніе и продолжительный постъ; далѣе, — ol. Terebinth., Plumbum aceticum съ опиѣмъ, таннинъ и пр. Къ этому Carl Constatt³⁾ прибавляетъ Argent. nitricum и сѣрную кислоту въ умѣренныхъ дозахъ. Cazin⁴⁾ примѣнялъ для леченія язвы ядовитый латукъ (Lactuca virosa), отъ 10 сантигр. экстракта постепенно доходилъ, въ 6 дней, до 1,25; а чрезъ 6 недѣль доходилъ до 15,0 ежедневно.

Въ началѣ шестидесятыхъ годовъ рекомендовалось леченіе язвы желудка минеральными водами въ Карлсбадѣ

1) Hamburger H. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Krankheit des chylopoëtischen Systems 1855 (redigirt von R. Virchow).

2) Budd. Die Krankheiten des Magens 1856.

3) C. Constatt. Handbuch der Medicinischen Klinik 1856.

4) Bulletin de Therapeutique 1858.

и Мариенбадѣ (Нимейеръ, Лебертъ) и считалось полезнымъ употребленіе молока и сыворотки. Budd бралъ непременно парное молоко и смѣшивалъ его съ мучнистыми веществами, дабы оно, створаживаясь въ желудкѣ, не давало большихъ комьевъ; точныхъ указаній о количествѣ молока и времени приѣма не имѣется. Болѣе точную дозировку даетъ Лебертъ¹⁾; онъ начиналъ давать молоко съ нѣсколькихъ столовыхъ ложекъ и доходилъ до 7 стакановъ въ день; такое леченіе давало Леберту нерѣдко „неожиданный успѣхъ“, причемъ ни отъ какого молока онъ не видѣлъ такого успѣха, „какъ отъ ослинаго“; предпочтительнѣе парное молоко, если же больные его не любятъ, то можно давать и холодное; хорошо къ молоку прибавить соду (10—15 гранъ). Тѣмъ больнымъ, которые не переносятъ молока, можно давать ветчину и вообще соленое или копченое мясо; но лучше всетаки молоко, яйца и жареное мясо. Кромѣ діеты, противъ болѣзни примѣнялись и фармацевтическія средства: Argent. nitric. и Magist. bismuth., которыя Нимейеръ примѣнялъ послѣ безуспѣшности леченія діетой (молоко) и минеральными водами. Эти средства помогаютъ рубцеваться язвѣ, аналогично дѣйствию ихъ на язвы кожи и слизистыхъ оболочекъ; дѣйствіе ихъ не всегда вѣрно. Лебертъ считаетъ главными средствами при цѣлѣ, кромѣ діеты, висмутъ, морфій, соду и теплыя ванны, къ которымъ онъ прибавлялъ 1—2 фунта крахмала. Симптоматическое леченіе сводилось къ примѣненію наркотическихъ средствъ противъ болей, причемъ очень быстрое прекращеніе болей Нимейеръ видѣлъ отъ приѣма $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{8}$ грана морфія, а Лебертъ давалъ опій съ пухъ vomica и arg. nitric. Противъ рвоты назначался морфій, креозотъ или

1) l. c. 485.

T-ra Jodi (Нимейеръ), или ледъ и шипучія воды (Лебертъ); при кровавой рвотѣ — на область желудка пузырь со льдомъ, ледъ внутрь, а если это не помогаетъ, то каждые 2—3 часа пилюли съ 1 граномъ эрготина и 1 граномъ опія; также разведенныя минеральныя кислоты, *acidum tannicum*, *serum lactis aluminatum*, *plumbum aceticum*; Якшъ¹⁾ предлагаетъ T-ra Ferri muriatici по 10—15 капель, черезъ 2 часа, также горчичники на область желудка, какъ отвлекающее; противъ упорной изжоги — *Natr. bicarbon.* съ висмутомъ. Когда область желудка очень чувствительна къ давленію, то ставились кровесосныя банки, или пиявки, при неэффективности этихъ средствъ на подложечную область примѣнялись нарывныя средства, *Empl. stibiatum* и пр. (Нимейеръ). Лебертъ примѣнялъ моксы при упорствѣ болѣзни или наклонности къ возвратамъ.

Противъ кровоизвлеченій при язвѣ сильно возстаютъ Brinton²⁾, кромѣ вреда отъ нихъ онъ ничего другого не видитъ; но онъ очень рекомендуетъ примѣненіе отвлекающихъ средствъ (горчичники, сухія банки, горячіе компрессы, смачиванія скипидаромъ, мушки), которыя оказываются полезными при одновременномъ примѣненіи внутреннихъ средствъ. Показаны они при ноющей боли, не прекращающейся и въ промежуткѣ между приемами пищи; мѣсто ихъ примѣненія эпигастріумъ или на спинѣ, если тамъ боль сильнѣе; причемъ мушки болѣе примѣнимы у молодыхъ и крѣпкихъ субъектовъ, въ свѣжихъ случаяхъ, въ застарѣлыхъ же случаяхъ и у истощенныхъ больныхъ лучше скипидаръ и горчица. Сухія банки хороши при упорной рвотѣ и сильной боли, въ этомъ-же случаѣ уместенъ холодъ на область эпигастрія, который примѣняется въ видѣ пузыря

1) Lebert, l. c. 467.

2) Brinton. Die Krankheiten des Magens 1862. 88. Uebers. O. Bauer.

со льдомъ, также и при кровотеченияхъ, совмѣстно съ глотаніемъ ледяныхъ пилюль. Изъ внутреннихъ средствъ Brinton даетъ при жестокой боли опій и его препараты, при поносѣ прибавляетъ висмутъ отъ 10 до 20 гранъ, три раза въ сутки. Кромѣ того, рекомендуетъ углекислыя щелочи съ прибавкой небольшихъ дозъ іодистаго калия. Противъ рвоты назначалъ *inf. radices colombo* съ *kali jodat.*, а у пьяницъ опій; отъ креозота не видѣлъ никакой пользы; самымъ вѣрнымъ средствомъ отъ рвоты считаетъ лишеніе на нѣкоторое время пищи, если позволяютъ силы больного. При неудержимой рвотѣ и слабости больного можно примѣнить питательныя клистиры въ теченіе нѣкотораго времени (2 дня), для которыхъ брать молоко, яйца, рыбій жиръ, крѣпкій несоленый бульонъ, вино и пр.; клистиры нужно дѣлать небольшіе и повторять черезъ 4 часа. Для доставки организму жидкостей рекомендуется обвертывать ноги и руки мокрыми повязками или держать конечности въ теплой водѣ, языкъ и десны можно немного смачивать водой. При незначительныхъ кровотеченияхъ, въ раннемъ періодѣ леченія не нужно; въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни и при значительныхъ кровотеченияхъ нужно положить больного на спину, давать глотать ледъ и немного молока для поддержанія жизни. При частыхъ и умѣренныхъ кровотеченияхъ уместны вяжущія; смѣсь автора: 10 гранъ дубильной кислоты растворить въ унціи дистиллир. воды и прибавить 10 капель разбавленной сѣрной кислоты. При кахексіи, часто сопровождающей язву желудка уместны препараты железа, которыхъ нельзя давать при частой и сильной рвотѣ; изъ горькихъ полезны *infus. Colombo* или *Quassia*, а также и хининъ. При запорахъ, изъ всѣхъ слабительныхъ лучше *Ol. ricini* per os или въ клистирахъ въ видѣ эмульсіи; со всѣми дру-

гими слабительными нужно быть крайне осторожнымъ. Привнявшіеся при язвѣ ртутные препараты авторъ считаетъ положительно вредными и способными вызвать язву желудка; *argentum nitricum* считается совершенно бесполезнымъ. Алкоголь при язвѣ — безусловно воспрещается; діета должна быть самая строгая и она должна соблюдаться даже нѣкоторое время спустя послѣ выздоровленія; діета, конечно, должна быть строго индивидуализирована.

Труссо также придаетъ большое значеніе діетѣ при леченіи язвы, но думаетъ, что въ выборѣ діеты „инстинктъ больного можетъ послужить лучшимъ руководителемъ, нежели всѣ гигиеническія предписанія“¹⁾. Большею опредѣленностью у него отличается назначеніе леченія. Обыкновенно Труссо лечилъ своихъ больныхъ въ теченіи двухъ лѣтъ. Леченіе производилось такимъ образомъ: въ теченіи 10 дней больной получалъ въ слизистой жидкости или въ облаткѣ, за часъ до ѣды (чтобы покрыть язву), 2,0—3,0 *Magist. bismuthi*; три раза въ день. Слѣдующіе пять дней давалось *argentum nitricum* въ пилюляхъ по 0,01 три раза въ день, за часъ до ѣды; слѣдующіе 10 дней — опять висмутъ; потомъ въ теченіе пяти дней дается *Calomei* по 0,01 съ сахаромъ, 2 раза въ день натошакъ; потомъ опять висмутъ, ляписъ и т. д. Такое леченіе продѣлывалось 3—4 мѣсяца. Затѣмъ на 1 мѣсяць пауза и еще 2 мѣсяца такого-же леченія; потомъ 2 мѣсяца пауза и 1 мѣсяць леченія и такъ до 2-хъ лѣтъ. Противъ сильныхъ болей назначались малыя дозы опія. Для прекращенія кровотеченій: ратанія, сѣрная кислота, ледъ; послѣ остановки кровотеченій при наличности болей — хинная кора, квасцѣ, коломбо.

1) Труссо I. с. 459. 1862 г.

Слѣдующее десятилѣтіе (семидесятые годы) отличается уже большей выработкой показаній къ леченію, — прежде всего должно быть выполнено причинное показаніе¹⁾ (анемія и т. д.) и приняты мѣры профилактики²⁾; нужно заботиться объ устраненіи застоевъ, ведущихъ къ геморрагическимъ ссадинамъ и пр.; далѣе слѣдуетъ абсолютно молочное леченіе; при послѣднемъ Кунце видѣлъ хорошіе результаты, особенно при прибавленіи къ молоку небольшого количества пшеничной муки; кромѣ того, онъ рекомендуетъ давать яичный бѣлокъ, разведенный въ большомъ количествѣ воды, и крѣпкій бульонъ съ примѣсью Либиховскаго мяснаго экстракта. Изъ лекарствъ опять слѣдуютъ: *Bismuthum*, *Argent. n.*, *Plumbum*, квасцы и Карлсбадъ. *Bismuthum* дается съ морфіемъ: перваго 3 грана, втораго $\frac{1}{10}$ грана три раза въ день по порошку, иногда къ порошкамъ прибавляется еще и сода; Кунце давалъ *Argentum nitricum* по $\frac{1}{2}$ грана, 2 раза въ день, въ пилюляхъ. Въ тяжелыхъ случаяхъ — отвлекающія: мупки, моксы, заволоки, кротонное масло. Противъ болей-опій, креозотъ, Т-га Jodi. При явленіяхъ пробожденія большія дозы опія (2—3 грана *pro dosi*, черезъ 2 часа), ледъ на область желудка и питательные клистиры изъ молока, бульона не соленого и сырыхъ яицъ.

Gerhardt³⁾ считаетъ, что одного молока достаточно, чтобы излечить въ нѣсколько недѣль круглую язву въ свѣжихъ случаяхъ; по его мнѣнію, діета — основа всего леченія язвы. Кровь могла бы быть прекраснымъ пищевымъ средствомъ, если бы ее можно было предлагать въ болѣе привлекательномъ и вкусномъ видѣ. Въ большинствѣ случаевъ можно давать молочную пищу, легкіе сорта мяса

1) Жаку I. с. 193. 1878 г.

2) Кунце I. с. 250 1877 г.

3) Gerhardt, Deutsche medic. Wochenschrift 1878. № 18.

и яйца. Медикаментозное лечение не заслуживает доверия автора; наркотических средств нужно избегать и употреблять их только в крайней необходимости; соляную кислоту слѣдуетъ давать анѣмичнымъ и при кровотеченияхъ изъ желудка; щелочи мало годятся, такъ какъ послѣ ихъ приема всегда увеличивается образование соляной кислоты; еще можно давать карлсбадъ, эмсъ и др. Что касается промыванія желудка, то оно вполне уместно въ случаяхъ застарѣлыхъ язвъ, особенно тогда, когда имѣется налицо расширение желудка: оно освобождаетъ желудокъ отъ разложившихся пищевыхъ остатковъ и отъ избытка кислоты. Кромѣ того, промываніе дѣйствуетъ болеутоляюще, аналогично рвотѣ; возбуждаетъ аппетитъ, регулируетъ стулъ и, улучшая питаніе, дѣйствуетъ заживляющимъ образомъ на самую язву. Авторъ никогда не видѣлъ дурныхъ послѣдствій отъ промыванія желудка, только въ трехъ случаяхъ было незначительное кровотеченіе. Противъ болей — 3, 4 капли *Liquoris Ferri sesquichlorati* въ рюмкѣ воды.

Williams¹⁾ лечилъ одну больную съ круглой язвой желудка пилюлями изъ креозота и белладонны, кормилъ *per rectum* бульономъ и яйцами; больная выздоровѣла и даже прибавилась въ вѣсѣ на нѣсколько фунтовъ.

Почти одновременно предложили примѣнять при язвѣ желудка *Chloral hydrat Davis*²⁾, который видѣлъ прекращеніе отъ него постоянной рвоты, и *Hertzka*³⁾. Послѣдній, имѣя въ виду анѣстезирующее и дезинфицирующее свойство хлорала, одному больному, лечившемуся въ теченіе 10 лѣтъ разными средствами, предложилъ хлораль. Эффектъ былъ

1) Berliner klinische Wochenschrift 1875. № 16.

2) The New-York Medical Record. 23. Febr. 1878 *per* вѣ Berlin. klin. Wochenschrift 1878. № 15.

3) Pester med. Chirurg. Presse März, 1878. *per*ф.

поразительный: боли прошли, рвота, часто кровавая, прекратилась и желудокъ больного сталъ переносить удобоваримую пищу; лечение длилось 2 недѣли; каждый вечеръ больной принималъ лекарства 3—4 грамма, въ три приема съ двухчасовыми промежутками; днемъ больной пилъ карлсбадъ.

Carl Michel¹⁾ видѣлъ излеченіе язвы послѣ переливанія крови, которое было предпринято у одного больного, потерявшего много крови, вслѣдствіе желудочнаго кровотечения; въ теченіи 10 дней очень быстрое улучшеніе общаго состоянія и, наконецъ, больной совсѣмъ выздоровѣлъ.

Leube²⁾ совершенно отвергаетъ медикаментозное лечение и всю силу оставляетъ за діетой, которая, по ему мнѣнію, должна состоять обязательно изъ жидкой пищи, именно: мясной растворъ (дневная порція котораго равняется $\frac{1}{2}$ фунта мяса), немного молока и нѣсколько размельченныхъ сухарей; недѣли черезъ 2—3 можно постепенно начать переходъ къ болѣе твердой пищѣ.

Для питанія *per os* Leube совмѣстно съ Rosenthal'emъ предложили мясной растворъ: 1000,0 мяса очищаютъ отъ жира и пр., мелко рубятъ и кладутъ въ глиняный горшокъ, куда добавляются 1000,0 воды и 20,0 *Acidi muriatici puri*, плотно закрываютъ крышкой и варятъ въ папиновомъ котлѣ 10—15 часовъ. Далѣе, вынимаютъ и массу растираютъ до степени эмульсии, подбавляютъ *Natri carb. puri* до нейтрализаціи и варятъ еще 15—20 часовъ, затѣмъ выпариваютъ и оставшуюся кашу раскладываютъ въ жестянки по 250,0. Этотъ препаратъ весьма мало раздражаетъ желудокъ и легко имъ усваивается; благодаря

1) Berlin. kl. Wochenschrift 1870. Nr. 49.

2) Leube. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Magen und Darm. 1876. Herausgegeben von H. Ziemssen.

способу приготовления; мясо въ организмъ приводится въ условія желудочнаго пищеваренія. Въ случаѣ неудержимой рвоты, когда больного нельзя питать per os, Leube предлагаетъ мясо-панкреатическіе клистиры, которыми можно долго поддерживать жизнь больного и которые даже уничтожаютъ чувство голода. Эти клистиры готовятся такъ: къ 150,0 наскобленнаго и изрубленнаго мяса прибавляется около 50,0 мелкоизрубленной рапсгааз, разбавляется все это 100,0 теплой воды и вводится въ rectum; предварительно за часъ rectum очищаютъ промывательнымъ. Медикаментозное лечение заключается въ томъ, что первое время по утрамъ больной принимаетъ 1 столовую ложку карлсбадской соли въ стаканъ тепловатой воды; въ случаѣ, если соль плохо очищаетъ пищеварительные пути, можно 1 разъ промыть желудокъ. Но вообще съ желудочнымъ зондомъ нужно быть крайне осторожнымъ, имѣя въ виду прободеніе и кровотеченіе. Этихъ средствъ Leube считаетъ достаточнымъ, чтобы вылечить круглую язву, что ему часто и удавалось, а при явленіяхъ прободенія „терапия обыкновенно сводится къ доставленію покойной смерти (euthanasia)“.

Терапія восьмидесятихъ годовъ отличается бѣльшимъ разнообразіемъ, чѣмъ въ предыдущіе годы, хотя относительно показаній существуетъ то-же отсутствіе опредѣленности и ясности, и часто что рекомендуетъ одинъ авторъ, то отвергаетъ другой. Braun¹⁾ не придаетъ особаго значенія употребленію минеральныхъ водъ при леченіи ulcus; болѣе всего подходятъ слабыя воды натрія, иногда наблюдается излеченіе отъ умѣреннаго леченія въ Карлсбадѣ; морскія купанья положительно вредны, такъ какъ могутъ вести къ опаснымъ кровотеченіямъ. Болѣе всего нужно

1) Braun, Julius. Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie 1880.

положиться на діету, Arg. nitric. и Plumbum aceticum. Max Salomon¹⁾, напротивъ, кромѣ фармацевтическихъ средствъ, рекомендуетъ еще употребленіе теплой карлсбадской воды и горячія припарки на эпигастріумъ. Ewald²⁾, придавая особое значеніе діетѣ, говоритъ, что легче всего выполнить ее на курортахъ и съ этой точки зрѣнія считаетъ питье минеральныхъ водъ полезнымъ. Далѣе, онъ указываетъ на примѣненіе Lupulin'a и extr. cannabis indicae и на возможность хирургическаго леченія. При леченіи язвы у анѣмиковъ и хлоротичекъ Gempt³⁾ рекомендуетъ примѣненіе желѣза, какъ съ цѣлью леченія язвы, такъ и въ дальнѣйшемъ для предупрежденія рецидива, но только онъ рекомендуетъ исключительно одинъ препаратъ, именно, Liquor Ferri albuminati, три раза въ день, по 1/2—1 десертной ложкѣ дается передъ ѣдой, такъ какъ, по указанію больныхъ, это средство возбуждаетъ аппетитъ; авторъ приводитъ нѣсколько исторій болѣзней. Въ такихъ же случаяхъ Dr. Wilhelmy⁴⁾ съ большимъ успѣхомъ давалъ, составленное имъ, содержащее желѣзо, кондуранговое вино (настоя коры въ мадерѣ съ 2% содержаніемъ Ferri citrici). Назначалось это вино 6 разъ въ день по столовой ложкѣ, даже при кровотеченіяхъ, которыя также, какъ и боли, проходили черезъ 2—4 дня; черезъ 8 дней наступало значительное улучшеніе.

Дюжарденъ-Бомецъ⁵⁾ видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія Chloral hydrat; средство дѣйствовало болеутоляюще и останавливало кровотеченіе; оно дается

1) Salomon, Max. Handbuch der speciellen internen Therapie 1885.

2) Ewald, C. A. Klinik der Verdauungskrankheiten 1888.

3) Gempt. Berliner Kl. Wochenschrift 1886, Nr. 15.

4) Wilhelmy. Berl. Kl. Woch. 1886. Nr. 29.

5) Дюжарденъ-Бомецъ l. c. 659. 1883 г.

отъ 1—2,0 до 4,0 въ день. Ляписа онъ не хвалитъ, а препараты опія, по его мнѣнію, достигаютъ тройкой цѣли: прекращенія боли, рвоты и подавленія чувства голода.

Luton¹⁾ давалъ съ большимъ успѣхомъ liquor Ferri sesquichlorati по 10 капель въ 1/4 стакана сахарной воды 3 раза въ день, а Bonnemeson²⁾ назначалъ Magist. Bismuthi до 70—80 граммовъ въ сутки. Проф. Luca въ Неаполѣ³⁾ известковую воду считалъ единственнымъ средствомъ противъ язвы. Кромѣ этого остаются неизмѣнные висмутъ и argentum nitricum; успѣшное дѣйствіе послѣдняго при язвѣ, по R. Arndt'y⁴⁾, заключается не въ прямомъ дѣйствіи на язву, а во вліяніи черезъ нервную систему; преимущественно центральную, на иннервацию желудка и питаніе тканей; сами по себѣ дозы такъ малы, что мѣстнаго дѣйствія имѣть не могутъ.

Противъ кровавой рвоты Dr. Flashar⁵⁾ рекомендуетъ глотаніе горячей воды, которую онъ давалъ по 1/2 или 3/4 стакана заразъ; отъ чего кровотеченіе прекращалось; это, по его мнѣнію, самое вѣрное средство.

Горячую воду снаружи, въ видѣ припарокъ на животъ, очень рекомендуетъ Fleischer⁶⁾; онъ видѣлъ очень хорошіе результаты отъ примѣненія этого средства при ulcus'ѣ въ клиникѣ въ Эрлангенѣ; диспептическія явленія скоро проходили, что объясняется вліяніемъ тепла на нервы желудка, вслѣдствіе чего пища скорѣе переваривалась и переходила въ кишки.

1) id. l. c. 665.

2) id.

3) id.

4) Deutsche med. Wochenschrift 1888. Nr. 5.

5) Flashar. Реф. Therapeutische Monatshefte 1888. Августъ.

6) Berliner Klinische Wochenschrift 1882. Nr. 7.

Проф. Riegel¹⁾ горячо стоитъ за промываніе желудка при язвѣ, такъ какъ эта манипуляція освобождаетъ желудокъ отъ содержащейся въ немъ кислоты; но Deleage²⁾ рекомендуетъ быть крайне осторожнымъ съ промываніемъ желудка, имѣя въ виду кровотеченія, и совѣтуетъ приступать къ нему только по заживленіи язвы. Debove³⁾ указываетъ на то, что иногда могутъ быть непріятныя послѣдствія отъ неумѣреннаго примѣненія молочнаго режима, что имѣло мѣсто у одного 42 лѣтняго пациента съ ulcus ventri., алкоголика, который выпивалъ до 8 литровъ молока въ день и у котораго сдѣлалось расширеніе желудка, исчезнувшее при примѣненіи разумнаго режима. Нужно еще упомянуть о способѣ леченія круглой язвы одного врача, страдальца P. Cornils⁴⁾, который самъ три раза перенесъ заболѣваніе язвой желудка. При соответственной діетѣ, авторъ заботится главнымъ образомъ объ ежедневномъ стулѣ, для чего принималъ Hunyadi Janos, карлсбадскую соль, ревень, и примѣнялъ массажъ нижней части живота. Для успокоенія боли онъ прикладывалъ себѣ на область желудка горячіе кружки, а больнымъ давалъ: Chloral hydrat 5,0, Morphii muriatici 0,05, Aq. dest. 120,0, Syrupus aurant. 30,0 MDS. до трехъ ложекъ въ 1/2 часа, во время приступа. Для предупрежденія расширенія желудка авторъ обвязывалъ себѣ животъ широкой повязкой и не пилъ много жидкостей. Изъ лекарствъ считаетъ самыми лучшими горькія средства — кондуранговое вино, T-ra amara, или смѣсь — T-rae Absynthii 3 части и 1 часть T-rae Aurant. по 1/2 чайной ложки въ небольшомъ количествѣ воды, предъ обѣдомъ и ужиномъ;

1) Deutsche med. Wochenschrift 1886, № 52.

2) Centrbl. f. gesammte Therapie 1885, реф. изъ Progrès med. 1885 № 14.

3) Therapeutische Monatshefte 1887, Januar.

4) Deutsche medicin. Wochenschrift 1888, № 37.

эти горькія средства хорошо дѣйствовали на пищевареніе. Пищи онъ принималъ столько, чтобы не умереть съ голоду.

Терапія круглой язвы желудка за послѣдніе годы по существу нисколько не измѣнилась; такъ же, какъ и прежде, рекомендуется строгая діета, которая должна состоять изъ молока, жидкихъ суповъ или бульона Leube-Rosenthal'a. Эйхгорстъ рекомендуетъ мясопептонные препараты аптекаря Neumann'a. Далѣе предлагаются комбинаціи молока съ различными веществами; такъ Мах Einhorn¹⁾ совѣтуетъ давать 2 раза въ день молоко съ пептономъ и 4 раза въ день молоко съ ячменной, овсяной или рисовой похлебкой. Dr. Н. Taube²⁾ описываетъ больного 50 лѣтъ, у котораго язва была 10 лѣтъ; влѣдствіе часто повторявшихся желудочныхъ кровотеченій пациентъ былъ сильно истощенъ; для улучшенія питанія, кромѣ лекарствъ (Bismuth), авторъ давалъ ему соматозу по 20,0 каждый день, смѣшивая десертную ложку соматозы съ двойнымъ количествомъ муки и воды. Эта масса потомъ кипятилась съ водой; получался супъ, которымъ больной питался, какъ единственной пищей; далѣе, прибавили ему яйца, а соматозы стали давать меньше (10,0). Въ теченіе 10 недѣль больной вполне поправился и сталъ ѣсть обыкновенную пищу. Wegeler³⁾, основываясь на данныхъ Цюрихской клиники, совѣтуетъ кефиръ, какъ пищевое и болеутоляющее средство, а также и бѣлковую воду. Овощей страдающимъ язвой, по Loetscher'y⁴⁾, лучше совсѣмъ не давать.

Въ случаяхъ неудержимой рвоты и кровотеченія питаніе per os совершенно исключается и назначаются питатель-

ные клистиры Leube, Эвальда и др.; между прочимъ, Singer¹⁾ предлагаетъ слѣдующую смѣсь: молока 125,0, вина 125,0, 2 яичныхъ желтка, сухихъ пептоновъ 1 чайную ложку. Эта смѣсь вводится въ rectum 2—3 раза въ день; для удержанія клистира вставляется въ rectum свѣчка съ однимъ сантиграммомъ extr. opii. Поводомъ къ исключенію питанія per os Schlesinger²⁾ считаетъ также и рецидивъ язвы; всѣ его больные такого рода чрезъ 2 недѣли питанія per rectum выздоравливали. Съ цѣлью предупрежденія застаиванія пищи въ желудкѣ, а также для сокращенія срока нахожденія въ немъ соляной кислоты, обыкновенно предпринимается промываніе желудка. Относительно безопасности этого приема существуютъ у авторовъ большія разногласія, такъ: Oser (l. c. стр. 78) считаетъ примѣненіе этого способа положительно вреднымъ, потому что вызываемая (часто) имъ рвота можетъ сопровождаться кровотеченіемъ и прободеніемъ, да и сама манипуляція не вполне безопасна; примѣненіе ея съ діагностическою цѣлью должно производиться съ крайнею осторожностью. Talma³⁾ не рекомендуетъ зондированія не только при язвѣ, но даже и при рубцѣ, такъ какъ частое зондированіе можетъ способствовать развитію карциномы. Точно такъ же смотритъ на это дѣло и Jacobi⁴⁾, и Rumpf⁵⁾, которые опасаются кровотеченія. Напротивъ, Minkowsky⁶⁾ говоритъ, что даже кровотеченія не служатъ противопоказаніемъ къ введенію мягкаго зонда и что промываніе желудка часто останавливаетъ кровотеченіе.

1) Медицина 1895 г. №№ 21—22. Реф. изъ Lyon med. 1895, № 19.

2) Wiener kl. Wochenschrift 1895, № 19.

3) Berliner kl. Wochenschrift 1895, № 25.

4) Allgemeine med. Centralzeitung 1895. № 48 реф. изъ Med. Record. 1895 № 5 New-York.

5) Therapeutische Monatshefte 1896. № 2.

6) Ther. Monatshefte 1896. № 2.

1) Centralbl. f. d. gesammte Therapie 1894. H. II.

2) Wiener klin. Rundschau 1895, № 52.

3) Die diätetische Behandlung der Magen-Darmkrankungen, 1893.

4) Centralbl. f. d. gesammte Therapie 1894, H. VI.

М. Gross¹⁾, рекомендуя примѣненіе насоса для извлеченія желудочнаго содержимаго съ діагностическою цѣлью, говоритъ, что подозрѣнія на эррозіи и ulcus не могутъ служить противопоказаніемъ. Въ одномъ случаѣ желудочнаго кровотеченія автору удалось ввести зондъ безъ всякихъ вредныхъ послѣдствій. Засѣцкій (l. c. 300) также не видитъ опасности отъ введенія зонда для промыванія желудка при язвѣ; промывать нужно 2 раза — утромъ и на ночь, чтобы ночью желудокъ былъ свободенъ отъ пищи; для промыванія берется вода, иногда къ ней прибавляется бура или сода.

Очень распространено также при леченіи язвы примѣненіе минеральныхъ водъ — Карлсбадъ и Мариенбадъ (щелочно-глауберовыя) и Эмсъ (щелочно-соленая). Минеральная вода, нейтрализуя желудочное содержимое, содѣйствуетъ скорѣйшему поступленію его въ кишки; вода дается раза три въ день по $\frac{1}{2}$ —1 стакану. Нужно только избѣгать водъ, содержащихъ много углекислоты, которая, вызывая гиперемію слизистой оболочки желудка, можетъ содѣйствовать кровотеченію.

Для опорожненія желудка примѣняется искусственная карлсбадская соль, на примѣненіи которой основано Либермейстеромъ леченіе круглой язвы. Леченіе круглой язвы, примѣняемое Либермейстеромъ²⁾, состоитъ въ слѣдующемъ: больному натошакъ утромъ даютъ отъ чайной до столовой ложки искусственной карлсбадской соли въ $\frac{1}{2}$ литръ воды 35° Ц. (Natri bicarb. 40,0, Natri sulfurici 40,0, Natri chlorati 20,0); выпить эту жидкость нужно въ $\frac{1}{2}$ часа; начинать ѣсть послѣ этого

1) Therapeut. Monatshefte 1894. № 12.

2) Liebermeister проф. Volkman's Sammlung. Klinische Vorträge 1892. № 61.

можно не ранѣе, какъ черезъ $1\frac{1}{2}$ часа. Черезъ 4 недѣли леченіе прекращается. Пища при этомъ дается только жидкая, супъ мясной и молоко съ овсянымъ отваромъ; кромѣ этой пищи и воды съ солью, другого ничего принимать нельзя. Давать пищу слѣдуетъ малыми порціями. Всѣ эти 4 недѣли больной лежитъ и избѣгаетъ движеній. Нѣкоторыхъ больныхъ рветъ сначала отъ названной соли, тогда нужно начинать приемы съ маленькихъ количествъ, и, обыкновенно, больные скоро привыкаютъ къ этому леченію; въ иныхъ случаяхъ приходится начинать съ натуральной карлсбадской воды. Вообще всегда нужно добиваться обильнаго послабленія, безъ котораго „нельзя ожидать отъ леченія благоприятнаго результата.“ Для этого иногда приходится давать еще и слабительныя пилюли на ночь (Extr. Aloës, extr. Colocynth., pulv. rad. Rhei), а на утро — воду съ солью. Если больные не переносятъ молока, то къ нему прибавляется немного кофе или сухарей, или дается молочная каша; иногда приходится кормить больныхъ однимъ супомъ. По истеченіи 4 недѣль при той же діетѣ, чтобы вызвать стулъ, больнымъ назначается другое слабительное (Magn. carb. 10,0, pulv. r. Rhei 20,0, Eleosacchari Menth. 10,0, каждый вечеръ 1—2 чайныхъ ложки). Если наступило значительное улучшеніе, то слѣдуетъ постепенно приучать больного къ другой пищѣ; въ случаѣ неудачи или при рецидивѣ, послѣ 4-хъ недѣльной паузы, можно повторить то-же леченіе. Въ застарѣлыхъ случаяхъ и не поддающихся вышеприведенному леченію авторъ примѣнялъ Arg. nitric. 0,15:100,0. D. S. столовую ложку натошакъ (до 4 ложекъ), послѣ чего иногда удавалось провести и леченіе Карлсбадскою солью.

Изъ лекарствъ при круглой язвѣ предлагается тотъ-же Argentum nitricum въ пилюляхъ или растворѣ 0,2:180,0 по

три ложки въ день на пустой желудокъ, ротъ полоскать соленой водой; къ этому средству съ большимъ довѣріемъ относится *Pepper*¹⁾, которому оно оказывало услуги при одновременномъ примѣненіи питательныхъ клизмъ. Другое средство, часто примѣняемое, есть *Bismuth. subnitricum*, на который *Ейхгорстъ* (I. с. 157) смотритъ, какъ на наркотическое и даетъ его вмѣстѣ съ морфіемъ и белладонной (*Rp. Bismuthi subnitrici 0,5 Morphii muriat 0,005, Extr. Bellad. 0,01, Sacchari albi 0,3 M. f. p. D. t. d. № 10. S.* три раза въ день по порошокъ).

*Friedrich Crämer*²⁾, руководствуясь указаніями *Fleiner'a*, съ цѣлью защитить язву отъ раздраженія, примѣнялъ висмутъ въ большихъ дозахъ. Способъ *Fleiner'a* заключается въ слѣдующемъ: больному утромъ промываютъ желудокъ, затѣмъ черезъ воронку вливается 200 к. с. теплой воды съ хорошо взболтанными въ ней 10—20,0 висмута и затѣмъ вливаютъ еще 50 к. с. воды. Тотчасъ послѣ этого больной ложился сообразно мѣсту нахождения язвы; черезъ 6 минутъ висмутъ осаждался весь, изъ желудка выпускалась чистая вода; въ принятомъ положеніи больной находится $\frac{1}{2}$ часа и затѣмъ ему даютъ завтракъ. Эффектъ этого способа поразительный: боли быстро проходятъ, больные поправляются и прибываютъ въ вѣсѣ. Такой эффектъ зависитъ отъ того, что висмутъ, образуя покровъ, защищаетъ язву отъ раздраженія желудочнымъ содержимымъ; повидимому онъ лучше пристаётъ къ вдавленной, язвенной поверхности, чѣмъ къ здоровымъ частямъ слизистой оболочки желудка; кромѣ того, это средство обладаетъ еще и дезинфицирующимъ свойствомъ. Въ началѣ леченія даются

1) *Pepper. Centrbl. f. kl. Med.* 1891 № 13; рефериров. изъ *Journal of the Amer. med. assoc.* 1889, № 25 May.

2) *Fr. Crämer. Münchener medic. Wochenschrift* 1896 № 25.

большія дозы висмута, а потомъ ихъ уменьшаютъ и даютъ уже не ежедневно. Этому леченію поддавались даже запущенныя, хроническія язвы, уже леченныя карлсбадомъ и другими способами. *Crämer* нѣсколько видоизмѣнилъ способъ *Fleiner'a*: онъ заставляетъ сперва пациента принять соответственное положеніе, затѣмъ даетъ ему 8—10,0 висмута въ водѣ; это дѣлается натошакъ. Авторъ наблюдалъ 12 больныхъ *ulcus'омъ*, леченныхъ такимъ способомъ, и всегда былъ успѣхъ. На каждого больного израсходовалось 100—200,0 висмута. Кромѣ запора никакихъ при этомъ побочных явленій не наблюдалось. Тамъ, гдѣ нѣтъ расширенія желудка, можно давать висмутъ безъ предварительнаго промыванія желудка. Препараты надо брать чистый и слѣдить, чтобы не было стоматита.

Нѣсколько раньше *Crämer'a* леченіе язвы большими дозами висмута было произведено въ клиникѣ *Senator'a* докторомъ Н. А. Савельевымъ¹⁾, о чемъ онъ сдѣлалъ сообщеніе 29/IV 94 въ русскомъ обществѣ врачей въ Москвѣ. Леченію подверглось 10 больныхъ. Черезъ желудочный зондъ сразу вводилось 10,0 *Magist. Bismuthi*, разболтаннаго въ водѣ; при этомъ больного клали на спину и нѣсколько приподнимали тазовую область; большинство больныхъ поправилось; на все леченіе требовалось до 200,0 висмута. Изъ преній по поводу доклада выяснилось, что дѣйствіе висмута объясняется обволакивающимъ свойствомъ его (*Предтеченскій*), и что не безопасно при язвѣ вводить зондъ въ желудокъ и вливать большія количества воды (*Игнатъевъ*).

Кромѣ названныхъ средствъ для леченія язвы предлагался еще *Paraun*, но, по *Georg'y Grote*²⁾, онъ пользы

1) Савельевъ. *Врачъ* 1894 г. № 22.

2) *Grote Georg. Deutsche med. Wochenschrift* 1896. № 30.

не приносить, а только усиливает боли. Совершенно обратного мнѣнія о папаинѣ Rankin¹⁾. Онъ лечилъ папаиномъ 10 больныхъ съ несомнѣнной язвой и получилъ блестящіе результаты. Давалась три раза въ день микстура, состоящая изъ папаина, желѣза и Cannabis indica. Необыкновенные результаты заставляютъ автора думать, что предлагаемая имъ комбинація есть специфическое средство при язвѣ. Извѣстно что папаинъ способствуетъ заживленію язвъ языка въ короткое время, желѣзо устраняетъ анемію, а Cannabis дѣйствуетъ болеутоляюще.

Bradbury²⁾ съ успѣхомъ назначалъ при язвѣ Kalium bichromicum по 0,005 — 3, 4 пилюли въ день; хорошее его дѣйствіе объясняется антисептическимъ и вяжущимъ свойствомъ. Большія дозы могутъ вызвать нефритъ.

Saundby³⁾ хорошіе результаты видѣлъ отъ примѣненія Aq. Calcis 2 ложки въ день съ молокомъ.

Кромѣ того, предлагаются еще plumbum acetic. по 1/2 грану черезъ два часа, Kalium jodat. по 5 гранъ три раза въ день и др. (Засѣцкій). Для успокоенія болей употребляются: кокаинъ три раза въ день по 1/3 грана; Codein по 1/2—1 1/2 грана 3, 4 раза въ день (Засѣцкій); опій по 1/4—1/3 грана три раза въ день; морфій по 1/8—1/12 gr. три раза въ день внутрь, или подъ кожу (Morphii hydrochlorici 0,3 Glycerini puri Aq. destill. aa 5,0 M. D. S. 1/4—1/2 шприца подъ кожу, Эйхгорстъ). Далѣе дается: Chloral hydrati 0,5 Tragacanthae et pulv. Althaeae q. s. ut f. p. № 10. S. три пилюли въ день. Ozer съ успѣхомъ давалъ Extr. Belladonnae; Войновичъ⁴⁾ — Atropin (Rp.: Atropini sulf. 0,06

1) Rankin. Allgemeine med. Centralzeitung 1895, № 48. реф. изъ The Lancet 1895. № 6.

2) Therapeut. Monatshefte 1896. H. 3.

3) Therapeut. Monatshefte 1891. Mai (Lancet 1891 № 7).

4) Войновичъ. Больничная газета Боткина 1895. №№ 9, 10.

Aq. destill. 8,0 D. S. 2 раза въ день по 2 капли); Germain Seé — extr. Cannabis indicae; Rosenheim¹⁾ предлагаетъ: хлороформъ, Cocain, Menthol и сульфоналъ; примѣняются также компрессы, припарки, грѣлки, наркотическія мази, пластыри и пр.

При упорной рвотѣ рекомендуется глотаніе льда и наркотическія; далѣе Kreosot 0,5 Aq. dest. 100,0. M. D. S. черезъ два часа по столовой ложкѣ; Tinctura Jodi 0,5 Aq. destill. 150,0. D. S. черезъ два часа по столовой ложкѣ (Эйхгорстъ); Cerium oxalicum (Pepper) и пр.

При желудочномъ кровотеченіи употребляются всѣ тѣ средства, о которыхъ мы уже упоминали выше, какъ-то: ледъ внутрь, ледъ на эпигастріумъ, горячая вода внутрь; кромѣ того даются: Plumb. acet. (1/2 грана) съ опиѣмъ; Tannin по 1 грану черезъ 2 часа; Ol. Terebinth. по 5—10 капель, 4 раза въ день; Liquor Ferri sesquichr.; подъ кожу: Rp.: Extr. secal. corn. 3j, Spiriti dilut. Glycerini Aq. destillatae aa 3j. M. D. S. 1—3 шприца (Засѣцкій); Mixtura acidi sulfurici по 10—15 капель съ водой; Serum lactis aluminatum 500,0 D. S. черезъ 1/4 часа по рюмкѣ. Schiling предложилъ для остановки кровотеченія вводить въ желудокъ зондъ съ резиновымъ шаромъ и раздувать шаръ (Эйхгорстъ). Само собою понятно, что больной при этомъ долженъ лежать и соблюдать абсолютный покой. Кормленіе производится per rectum.

1) Rosenheim. Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. 1891.

Глава VI.

Исходы язвы; предсказаніе. Оперативная помощь при круглой язве желудка. Показанія къ хирургическому вмѣшательству; возможность расширенія показаній. Заключение.

Исходы круглой язвы желудка бываютъ различны. Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь оканчивается полнымъ выздоровленіемъ, что имѣетъ мѣсто тамъ, гдѣ страданіе заняло только слизистую оболочку и на небольшомъ протяженіи, такъ что образующійся рубецъ не нарушаетъ ея функціи; если язва занимала большое пространство слизистой оболочки, то рубцеваніе широкой язвы не можетъ не отразиться на пищеварительной способности желудка. Болѣе глубокая язва, поразившая и мышечный слой, тоже можетъ зарубцеваться, но рубцеваніе такой язвы можетъ быть сопряжено съ большимъ нарушеніемъ функціи органа, такъ какъ наряду съ дефектомъ слизистой оболочки образуется еще ограниченіе движеній желудка, благодаря развившейся въ мускульномъ слое рубцовой ткани. Образование рубцовъ въ мускульномъ слое можетъ обуславливать появленіе болей во время движеній желудка; иногда сами рубцы бываютъ крайне болѣзненны; эта болѣзненность, по Leube¹⁾, объясняется дерганьемъ нервовъ, вслѣдствіе стягиванія рубцовой ткани, въ этихъ же случаяхъ можетъ появляться и, рвота. Обширные рубцы, вызывая застой крови возлѣ нихъ способствуютъ развитію катарра, на что можетъ вліять и уменьшеніе отдѣлительной поверхности слизистой оболочки

1) I. с. 94.

желудка. Значеніе рубца значительно можетъ увеличиться въ томъ случаѣ, если онъ находится возлѣ pylorus'a: съуживая просвѣтъ послѣдняго, онъ вызываетъ расширеніе желудка со всѣми его послѣдствіями. При иныхъ положеніяхъ язвы, вслѣдствіе ея рубцеванія можетъ совершенно измѣниться форма желудка (песочные часы), что въ состояніи нарушить его функцію уже въ широкихъ размѣрахъ. Рубцы, остающіеся послѣ язвы, не отличаются особой прочностью, они могутъ дать поводъ къ рецидиву болѣзни, подвергаясь изъязвленію или даже разорваться. Заживленіе язвъ болѣе глубокихъ¹⁾, пронизавшихъ всю толщю желудка, влечетъ за собою болѣе серьезныя нарушенія его дѣятельности; образующіяся при этомъ сращенія съ соседними органами часто сами служатъ предметомъ терапіи. Заживленіе язвъ, по Brinton'y, происходитъ въ половинѣ случаевъ, по Леберту²⁾, — въ $\frac{2}{3}$, а остальная треть больныхъ умираетъ. Смерть можетъ послѣдовать отъ обильнаго и неудержимаго кровотеченія, по преимуществу изъ крупныхъ сосудовъ, какъ это было въ случаѣ Нимейера³⁾, гдѣ разорвалась селезеночная артерія и больной умеръ прежде чѣмъ появилась у него кровавая рвота⁴⁾. Такія смертельныя кровотеченія вообще бываютъ рѣдко; по Brinton'y⁵⁾, отъ нихъ умираетъ не болѣе 5 на сто, по Steiner'y — 6%, а по Müller'y — 12%⁶⁾ всѣхъ случаевъ

1) Сohn видѣлъ одинъ случай перфорировавшей старой язвы, вылеченной чисто выжидательной терапіей. Therapeutische Monatshefte 1894 № 5.

2) I. с. 461.

3) I. с. 110.

4) Вообще смертельныя кровотеченія далеко не всегда сопровождаются кровавой рвотой, что зависитъ, какъ думаетъ Rosenheim, отъ того, что „возбудимость нервно-мышечнаго аппарата желудка парализуется подъ вліяніемъ шока.

5) Жаку I. с. 158.

6) Засѣцкій I. с. 294.

смерти отъ язвы. Болѣе часто, чѣмъ смертельныя кровотечения, въ теченіи круглой язвы наступаетъ прободеніе стѣнокъ желудка съ излитіемъ содержамаго въ полость брюшины; наступающій при этомъ перфоративный перитонитъ сопровождается очень сильными болями, огромнымъ вздутіемъ живота, малымъ пульсомъ и больной умираетъ не далѣе 2 или 3 дня послѣ прободенія, при явленіяхъ затрудненія дыханія и упадка сердечной дѣятельности; въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, когда наступаетъ выздоровленіе, обыкновенно желудокъ бываетъ пустъ. Смерть отъ перитонита, по Brinton'y, наблюдается отъ 12% до 14% всѣхъ смертныхъ исходовъ. „Поразительно“, говоритъ Leube¹⁾, „что средній возрастъ лицъ, у которыхъ бываетъ прободеніе, для обоихъ половъ бываетъ различенъ, именно: для женщинъ 27 годъ, а для мужчинъ 42.“ Если перфоративный перитонитъ наступаетъ сразу у людей, казавшихся дотолѣ здоровыми, то для распознаванія его нужно имѣть въ виду, что: а) рвоты очень часто не бываетъ; б) наступающую при немъ очень сильную боль питье воды усиливаетъ до высшей степени; в) печеночная тупость быстро исчезаетъ, вслѣдствіе поступленія газовъ въ брюшную полость; г) температура мало повышена. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно у стариковъ, явленія перитонита бываютъ совсѣмъ мало выражены (Bouveret).

Не всегда прободеніе оканчивается общимъ перитонитомъ, иногда дѣло ограничивается мѣстнымъ гнойнымъ перигастритомъ съ образованіемъ абсцессовъ. Абсцессы образуются большею частію подъ діафрагмой. Обычно въ началѣ наблюдаются явленія перитонита, очень сильная боль и иногда треніе брюшины. Небольшие абсцессы очень трудно

1) l. c. 93.

распознать; абсцессы большихъ размѣровъ приподнимаютъ діафрагму вверхъ и могутъ быть смѣшаны съ плевритомъ или съ пнеймотораксомъ, если гнойный мѣшокъ содержитъ газы. Для отличія отъ плеврита нужно имѣть въ виду, что: а) у такихъ больныхъ замѣчается малая подвижность туловища; б) они больше лежатъ на спинѣ, а не на боку; в) сердце смѣщено вверхъ, а не въ бокъ; г) замѣчается отечность клѣтчатки въ области абсцесса; е) также часто наблюдается икота, вѣроятно, вслѣдствіе раздраженія нервовъ діафрагмы (Bouveret); ф) замѣчается выпячиваніе брюшной стѣнки въ области абсцесса.

Абсцессы подобнаго рода обыкновенно вскрываются; въ благопріятномъ случаѣ они могутъ вскрыться наружу или же въ тонкія кишки и colon transversum, что обнаруживается гнойнымъ поносомъ; но абсцессъ можетъ вскрыться въ полость перикардія или же плевры, и тогда быстро наступаютъ явленія пюпнеймоперикардита или пюпнеймоторакса, или даже въ легкое, тогда наступаетъ кашель съ обильной гнойной мокротой; въ большинствѣ случаевъ за этимъ слѣдуетъ смерть. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ инкапсулированный нарывъ настолько истощаетъ организмъ, что больной умираетъ прежде, чѣмъ нарывъ успѣетъ вскрыться. Случай прободенія въ полость перикардія между прочимъ описанъ Guttman'омъ¹⁾. Дѣло идетъ объ одномъ пациентѣ, 36 лѣтъ, который 3 января 1880 года поступилъ въ госпиталь по поводу болѣи въ правомъ боку, отдававшихъ въ спину, и лихорадочнаго состоянія. Заболѣлъ мѣсяцъ назадъ сразу, до того былъ всегда здоровъ. Констатированъ былъ правосторонній, небольшой плевритическій экссудатъ. Остальные органы были здоровы; температура была невысока,

1) Berliner kl. Wochenschrift 1880. № 16.

только одинъ разъ поднялась до 38,4; но съ 7 января температура начала довольно быстро расти: 8/I — 39,2, 9/I — 40,8, и въ этотъ день можно было констатировать металлическій сердечный тонъ, слышимый на разстояніи отъ кровати больного; такой же тонъ былъ слышенъ при перкуссіи области сердца; границы сердца были очень увеличены: вверху — 2-ое ребро, слѣва — линія axill. anterior, справа — на 3 сант. правѣ края sterni. Сердечная область сильно выпячена, толчекъ едва прощупывается при сильномъ надавливаніи въ 5 межреберномъ промежуткѣ. Пациентъ умеръ 12/I при большой слабости и сильномъ ціанозѣ, пульсъ 160, дыханіи 60. На вскрытіи оказалось слѣдующее: почти у самой cardia желудка, на задней стѣнкѣ малой кривизны замѣчается овальное отверстіе, съ гладкими краями, длиною въ 1,5 сант., шириною въ 1 сант.; оно находится на мѣстѣ зарубцевавшейся язвы желудка. Отверстіе чрезъ діафрагму, сросшуюся съ желудкомъ на протяженіи 5 сантим., ведетъ въ pericardium, въ коемъ въ нижней части, на задней стѣнкѣ находится кругловатое въ 1 сант. отверстіе съ гладкими краями. Такимъ способомъ между желудкомъ и перикардіемъ образуется ходъ въ 1½ с. длины. Въ перикардіи находятся до 30,0 неволючей гнойной жидкости и газъ, тоже не волючій. Слизистая оболочка желудка нормальна. Кромѣ своего случая, авторъ упоминаетъ еще о двухъ случаяхъ подобнаго рода изъ литературы.

Какъ на примѣры поддиафрагмальныхъ нарывовъ, нужно указать на случай Dr. Witthauer'a¹⁾. Мужчина, 47 лѣтъ, кондукторъ на конкѣ, уже давно страдаетъ разными желудочными болѣзнями. За 6 дней до поступленія въ клинику болѣзненные припадки значительно усилились, аппетитъ

1) Therapeutische Monatshefte, October 1895.

пропалъ, появилась бессонница и несильныя боли въ области желудка; силы упали, вѣсъ значительно понизился. При объективномъ изслѣдованіи оказалось, что пациентъ высокаго роста, сильно исхудалый, имѣетъ кахектическій видъ; область желудка и животъ при надавливаніи небольтзненны; надъ правымъ легкимъ сзади внизу незначительное притупленіе и неопредѣленное дыханіе; температура 38,1, пульсъ 80, артеріи жестки; другихъ ненормальностей не найдено. Діагнозъ поставленъ не былъ. Чрезъ 6 дней пребыванія въ клиникѣ больной умеръ, при явленіяхъ отека легкихъ. Вскрытіе: въ правой плеврѣ около литра серозной жидкости; легкое сдавлено, безъ воздуха; въ нижней долѣ лѣваго легкаго отекъ; сердце дряблое. Въ желудкѣ на малой кривизнѣ перфорация величиною въ 2 марки, отверстіе ведетъ въ большой абсцессъ, закапсулировавшійся и лежащій сзади надъ печенью; замѣчаются обширныя сращенія желудка съ сосѣдними органами. Стѣнка желудка въ мѣстѣ прободенія значительно утолщена; печень сверху покрыта густымъ гноемъ. Перитонита нѣтъ, вообще ничего особеннаго въ брюшныхъ органахъ не найдено; пациентъ погибъ, какъ видно, отъ истощенія. Абсцессъ былъ обусловленъ язвой, которая, вѣроятно, углублялась очень медленно; благодаря этой медленности, сосѣднія части могли защититься адгезивнымъ воспаленіемъ, и абсцессъ развился безъ бурныхъ явленій.

Второй случай касается молодой, 25 лѣтъ, служанки, которая уже нѣсколько лѣтъ страдала желудочными явленіями, по временамъ у нея бывали сильныя боли въ области желудка; кровавой рвоты не было. Въ день поступленія въ больницу она, поднимая ведро, вдругъ почувствовала сильную боль въ области желудка, которая не прекращалась во все время пребыванія въ больницѣ. Больная хорошаго

питанія, животъ мягкій, не вздутъ; при надавливаніи — боли въ области печени; температура 38,3, пульсъ 86; вслѣдствіе этихъ явленій, діагнозъ, съ которымъ больная поступила (перфорация) былъ отвергнутъ, и ей не сдѣлали лапаротоміи. Положеніе больной все ухудшалось, и чрезъ мѣсяцъ послѣ поступления въ больницу она умерла. Вскрытіе: въ лѣвой нижней долѣ легкаго многочисленныя фибринозныя отложенія, въ лѣвомъ плевральномъ мѣшкѣ $\frac{1}{4}$ литра кровянисто-гнойной жидкости; въ правой плеврѣ незначительное количество серозной жидкости. Изъ лѣвой плевральной полости можно проникнуть въ большой субдиафрагмальный абсцессъ чрезъ лежащее приблизительно въ срединѣ диафрагмой отверстіе, величиною съ 10 пфениговую монету. Поверхность печени покрыта гноемъ грязно-сѣраго цвѣта; желудокъ сращенъ съ colon transversum. Въ желудкѣ находится такое-же отверстіе, какъ и въ диафрагмѣ, сообщающееся съ полостью абсцесса. Въ желудкѣ хроническій гастритъ, кровяные сгустки, язвъ и рубцовъ нѣтъ. Перитонита нѣтъ. На основаніи этихъ случаевъ авторъ полагаетъ, что перфорация желудка можетъ произойти до нѣкоторой степени латентно, безъ бурныхъ явленій; въ результатѣ можетъ образоваться абсцессъ.

Кромѣ вышеприведенныхъ послѣдствій прободенія стѣнокъ желудка, довольно часто, по Jaksch'y¹⁾ въ половинѣ почти всѣхъ случаевъ, наблюдается еще частичный адгезивный перитонитъ, который ведетъ къ сращенію желудка съ сосѣдними органами; онъ обыкновенно сопровождается сильною болью въ мѣстѣ своего появленія и иногда незначительнымъ повышеніемъ температуры. Послѣдствія образованія сращеній могутъ быть различны: сращения могутъ

1) Bouveret, l. c. 234.

разорваться и вызвать общій перитонитъ; такіе разрывы происходятъ отъ переполненія желудка, удара въ область желудка и пр. Въ другихъ случаяхъ, когда желудокъ сросся съ какимъ-нибудь плотнымъ органомъ (печень, селезенка, pancreas и пр.), язва распространяется и на него, разѣдаетъ его болѣе или менѣе значительно и въ концѣ концовъ можетъ зажить (что впрочемъ нужно считать большою рѣдкостью), оставивъ рубецъ, который нарушаетъ какъ функцію желудка, такъ и органа съ нимъ сросшагося, что ведетъ къ постепенному истощенію организма. Въ большинствѣ же случаевъ эти разѣдающія язвы не имѣютъ склонности къ заживленію; существуя продолжительное время, онѣ настолько истощаютъ организмъ, что онъ становится неспособнымъ существовать болѣе, и больной умираетъ отъ истощенія.

На истощеніе, какъ на причину смерти при язвѣ, указываетъ и Рокитанскій¹⁾; не одно прободеніе съ послѣдующимъ воспаленіемъ брюшины или сильное кровотеченіе ведутъ къ смерти, а „язва желудка убиваетъ также и истощеніемъ, вслѣдствіе труднаго варенія пищи (dyspepsia), и весьма мучительною болью подъ ложечкою.“ Примѣръ такого истощенія представляетъ нашъ 19 случай, гдѣ язва существовала долго и сопровождалась невыносимыми болями.

Если желудокъ срастается съ duodenum или съ colon, то язва, прободая кишки, устраиваетъ не нормальное сообщеніе желудка съ послѣдними, что, конечно, не можетъ не отразиться на питаніи организма и ведетъ его къ смерти путемъ постепеннаго истощенія. Пища въ такихъ случаяхъ быстро появляется въ испражненіяхъ неизмѣненной. Въ иныхъ

1) l. c. 284.

случаяхъ бываетъ сращеніе и сообщеніе съ желчнымъ пузыремъ (Rindfleisch¹⁾). При сращеніи желудка съ передней брюшной стѣнкой и прободеніи ея образуется свищъ (von Swieten²); этотъ исходъ еще можно считать хорошимъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда спайки разрываются и содержимое желудка изливается въ полость брюшины. Сращеніе и прободеніе въ средостѣніе можетъ повлечь за собою подкожную эмфизему³). Сращеніе съ диафрагмой ведетъ за собою прободеніе язвы въ полость плевры съ послѣдующимъ пневмоторакс или hydro-pneumothorакс или же, когда плевральные листки срослись, язва проникаетъ въ легкое, образуя легочно-желудочный свищъ (Juliusberger⁴), причемъ съ мокротой выдѣляются частицы пищи и сама мокрота кислой реакціи. При сращеніи съ перикардіемъ и прободеніи его, образуется пневмоперикардіумъ. Finny⁵) сообщаетъ объ очень рѣдкомъ случаѣ прободенія язвы въ лѣвый желудочекъ; весь кишечный трактъ на вскрытіи оказался переполненнымъ кровью. Кромѣ своего, авторъ нашелъ въ литературѣ еще три случая этого рѣдкаго феномена.

Кромѣ перечисленныхъ разстройствъ, въ результатъ сращенія желудка съ сосѣдними частями можетъ наступить упомянутое нами стѣсненіе отверстій и обезображиваніе самого желудка.

Есть также указаніе на то, что на мѣстѣ рубца, оставшагося послѣ язвы, можетъ развиваться ракъ. Hauser⁶)

1) Засѣцкій I. с. 293.

2) Leube I. с. 93.

3) Засѣцкій I. с. 293.

4) Leube I. с. 92.

5) Dublin. Journal of. medical sciences vol. 81, pag. 268.

6) Berliner klinische Wochenschrift 1882, № 43.

изъ Эрлангена, изслѣдуя рубецъ послѣ язвы, нашелъ въ центрѣ его раковые элементы; Zensen, подтверждая находку своего ассистента, говоритъ, что изъ клиническаго теченія многихъ карциномъ можно заключить о возникновеніи ихъ изъ язвъ (55 съѣздъ нѣмецкихъ врачей и естествоиспытателей). Лебертъ думаетъ, что 9% карциномъ развивается изъ язвъ.

Иногда развивается злокачественная анемія, причемъ кровь представляетъ всѣ особенности свойственныя этой болѣзни¹).

Только что рассмотрѣнныя послѣдствія заболѣванія круглой язвой желудка заставляютъ придти къ тому заключенію, что это одно изъ очень серьезныхъ заболѣваній. Полное выздоровленіе, безъ всякихъ послѣдствій, возможно, повидимому, только для половины больныхъ. Возстановленіе здоровья можетъ наступить въ томъ случаѣ, если язва заняла только небольшой участокъ слизистой оболочки, не затрогивая глубокихъ частей стѣнки желудка. При такомъ незначительномъ распространеніи процесса примѣненіе терапіи можетъ всегда имѣть успѣхъ; слѣдовательно, предсказаніе будетъ благоприятно для всѣхъ тѣхъ больныхъ, которыхъ мы отнесли къ первой группѣ, исключая, конечно, возможность рецидива. Нѣсколько хуже нужно ставить предсказаніе для больныхъ второй группы; здѣсь примѣненіе терапіи тоже даетъ хорошіе результаты, но остающіеся послѣ заживленія язвы рубцы въ мускульномъ слоѣ иногда даютъ поводъ къ развитію послѣдовательнаго катарра и затрудненія движеній желудка, хотя это ограниченіе движеній рѣдко можетъ быть значительнымъ. Кромѣ того, иногда въ рубцахъ остается сильная боль, которая не мало

1) Bouveret I. с. 273.

причиняетъ непріятностей больнымъ тѣмъ болѣе, что она не всегда поддается вліянію наркотическихъ средствъ. Еще болѣе ухудшаетъ предсказаніе могущее наступить расширение желудка вслѣдствіе образованія рубца у pylorus'a, а также и появляющееся иногда смертельное кровотеченіе.

Въ огромномъ большинствѣ случаевъ нужно ставить плохое предсказаніе, при существующихъ способахъ леченія, для больныхъ третьей группы; здѣсь имѣющаяся въ нашемъ распоряженіи терапия совершенно безсильна не только для излеченія болѣзни, но даже для уменьшенія невыносимой боли. Тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ глубокая язва заживаетъ, нельзя считать вполне излеченными, такъ какъ остающіяся послѣ этого измѣненія въ желудкѣ и сосѣднихъ органахъ столь значительны, что при нихъ организмъ жить долго не можетъ. Вообще шансы умереть отъ язвы для больныхъ очень велики. Отъ смертельныхъ кровотеченій умираютъ до 7 %, отъ общаго прободнаго перитонита до 14 %; образованіе поддиафрагмальныхъ нарывовъ ведетъ къ смерти или черезъ излитіе гноя въ какую-нибудь полость (сердце, плевра), или, если этого не происходитъ, нарывы постепенно истощаютъ организмъ и сводятъ больного въ могилу. Ограниченный адгезивный перитонитъ, наблюдающійся почти въ половинѣ случаевъ, только на нѣкоторое время отдаляетъ грозный конецъ, который рано или поздно долженъ наступить или вслѣдствіе разрыва спаекъ, или благодаря тому, что язвенный процессъ переходитъ на важные для жизни органы; въ этомъ случаѣ смерть можетъ наступить сразу (сердце) или постепенно, нарушая функціи вовлеченныхъ въ страданіе органовъ и постепенно истощая организмъ.

Теперь естественнымъ является вопросъ, что дѣлать съ больными третьей группы, для излеченія которыхъ нѣтъ

лекарствъ и которымъ въ большинствѣ случаевъ предстоятъ только что указанные исходы. Намъ кажется, что больные этого рода должны всецѣло отойти въ область хирургіи.

Для того, чтобы судить о томъ, насколько въ этихъ случаяхъ хирургическая помощь дѣйствительна, лучше всего обратиться къ разсмотрѣнію имѣющихся по этому предмету литературныхъ данныхъ.

Первый предложившій и примѣнившій операцію при язвѣ желудка былъ Rydygier¹⁾. Въ 1882 году имъ была произведена резекція pylorus'a, больная совершенно поправилась. Показаніемъ къ подобной операціи, по автору, служитъ суженіе pylori, происшедшее вслѣдствіе образованія возлѣ него язвы или вслѣдствіе рубца отъ нея, въ результатѣ чего обычно появляется растиреніе желудка, что значительно ухудшаетъ прогнозъ при язвѣ; такихъ случаевъ, когда язва помѣщается возлѣ pylorus'a, по Brington'у (l. c.) — 15 %. Но добрый починъ Rydygier'a въ началѣ не встрѣтилъ особаго сочувствія даже со стороны хирурговъ; такое отношеніе хирурговъ объясняется отчасти тѣми неудачами, которыя имъ приходилось терпѣть на первыхъ порахъ. Taylor²⁾ произвелъ двѣ лапоротоміи по поводу субдиафрагмальныхъ нарывовъ, одинъ больной умеръ; кромѣ того, онъ нашелъ въ литературѣ указанія на 21 случай съ такимъ-же печальнымъ исходомъ. Поэтому относительно хирургическаго леченія язвы онъ говоритъ: „потребуется работа еще нѣсколькихъ лѣтъ, чтобы набрать количество матеріала, достаточное для того, чтобы гарантировать абсолютность заключеній по отношенію къ практикѣ“. Неудачи

1) Sammlung klinisch. Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern. № 220. 1882.

2) Birmingham Medical Record 1888. April.

операций подобного рода объясняются большой трудностью ихъ производства, благодаря мѣсту, которое занимаетъ болѣзненный фокусъ, и многочисленнымъ образующимся возлѣ него сращениямъ. Отсюда большое значеніе въ хирургическомъ отношеніи приобрѣтають тѣ абсцессы, которые образуются въ меньшемъ мѣшкѣ брюшины (*bursa omentalis*)¹⁾, точно также и тѣ, которые, будучи ограничены сращениями, образуются подѣ діафрагмой. Единственнымъ показаніемъ для операціи при язвѣ, по Taylor'у, служитъ наступленіе явленій перфораци, — тогда разрѣзъ живота и обильное промываніе. Такого-же взгляда на хирургическую помощь при язвѣ держится и Bowreman Jessett²⁾; „язва желудка едва ли можетъ быть причислена къ хирургическимъ заболѣваніямъ этого органа до тѣхъ поръ, пока не произошла перфорация“. Онъ рекомендуетъ вырѣзать перфорированное мѣсто съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ.

Skene Keith³⁾ также мало возлагаетъ надеждъ на операціи, производимыя на желудкѣ при круглой язвѣ; съ одной стороны техническія трудности при производствѣ операціи, съ другой — трудность распознаванія мѣста язвы дѣлають успѣхъ сомнительнымъ; къ этому присоединяется еще и то, что не всегда операція предпринимается своевременно. Въ тѣхъ случаяхъ, когда нужно сдѣлать операцію, по автору, часть желудка, гдѣ находится язва, вырѣзается и желудокъ сшивается по поперечной оси органа; сшиваніе это на живомъ человѣкѣ иногда и не

1) Топографическія отношенія малой полости брюшины (*bursa omentalis*) и анатомическихъ путей, по которымъ въ нее можно проникнуть, изображены на рисункѣ и описаны въ диссертациі Пр. А. П. Губарева „Хирургическая анатомія брюшной полости“ 1887 г. Москва.

2) The surgical diseases and injuries of the stomach and intestines. 1892, p. 65—67. London.

3) Text Book of abdominal Surgery. London 1894, стр. 127.

удается; рекомендуется при язвѣ на задней стѣнкѣ идти къ ней черезъ разрѣзъ передней и зашивать изъ полости желудка. Эта операція показана при перфорацияхъ желудка съ изліяніемъ содержимаго въ полость брюшины. W. Haslam¹⁾ высказываетъ мнѣніе, что операція допустима только въ случаѣ перфораци желудка. S. Talma²⁾ на томъ основаніи, что язвы часто заживаютъ сами собой, вообще не оправдываетъ хирургическаго леченія язвъ. Только когда угрожаетъ опасность отъ кровотечения изъ большого сосуда, операція показана. Pearse-Gould на 62 съѣздѣ Британской медицинской ассоціи въ Бристолѣ³⁾, указавши на то, что весьма часто язва заживаетъ сама собою и сравнительно рѣдко перфорируетъ, не считаетъ возможнымъ производство операціи съ цѣлью предупрежденія перфораци. Трудность опредѣленія мѣстонахожденія язвы исключаетъ практичность примѣненія операціи съ профилактической цѣлью. Вмѣшательство хирурга умѣстно тогда, когда уже произошла перфорация съ излітіемъ содержимаго въ полость брюшины; при этомъ для успѣха операціи необходимо тщательное промываніе брюшной полости горячимъ растворомъ поваренной соли; нѣтъ особой необходимости спѣшить съ операціей: не всегда „какъ можно раньше“ бываетъ хорошо; нужно тщательно выполнить всѣ необходимыя приготовленія къ операціи.

Рядомъ съ этими хирургами, осторожными скептиками, существуетъ цѣлый рядъ ученыхъ, которые нѣсколько иначе смотрятъ на это дѣло. Горячимъ защит-

1) Haslam W. Therapeutische Monatshefte 1894 г. № 2 рефер. изъ Brit. med. Journ. № 11. 1893 г.

2) S. Talma. Berliner klinische Wochenschrift 1895 № 25.

3) Münchener medicinische Wochenschrift № 36. 1894, реф.

никомъ оперативнаго леченія язвы желудка является Доуен¹⁾, который обыкновенно примѣняетъ гастро-энтеро-анастомію. Онъ приводитъ 6 случаевъ язвъ, оперированныхъ имъ; за исключеніемъ одного, всѣ случаи окончились выздоровленіемъ; у всѣхъ 6 больныхъ была примѣнена гастроэнтероанастомія, самой же язвы авторъ не вырѣзывалъ; по этому поводу онъ говоритъ: „экстирпация круглой язвы желудка всегда будетъ операцией исключительной, ибо прекращеніе кровавой рвоты и рубцеваніе язвъ послѣ гастроэнтероанастоміи окончательно выяснило преимущество этого метода хирургическаго вмѣшательства въ случаяхъ язвы желудка и duodeni.“ (стр. 381). При этомъ нужно еще имѣть въ виду, что самое производство операции образованія соустій въ различныхъ отдѣлахъ кишечника, коему былъ данъ толчокъ работами Сенна²⁾, значительно упрощено введеніемъ въ практику трубочки Мюрфи³⁾. Этимъ устраняется одинъ изъ главныхъ моментовъ, ведущихъ къ неблагоприятному исходу этихъ операций — продолжительность ихъ; повидимому успѣхъ операций въ значительной степени зависитъ отъ быстроты ихъ производства. „Въ высокой степени важно, чтобы всякая операция послужила какъ можно меньше причиной шока, а въ данномъ случаѣ (gastroenteroanastomia) этого можно достигнуть, только сдѣлавши операцию возможно скорѣе“⁴⁾. „Во всякомъ случаѣ“, говоритъ Минц⁵⁾, „печальные результаты операций не должны останавливать хирурговъ; частыя, обиль-

1) Traetement Chirurgical des affections de l'estomac et du duodenum. Paris 1895 стр. 333.

2) Senn. Intestinal Turgery. Chicago 1889.

3) Intestinal Approximation medical Record. New-York 1894. May, June.

4) Bowreman Jesset l. c. 290.

5) Mintz. Zeitschrift f. klinisch. medicin. 1894. Bd. 25, H. I, II.

ныя кровотечения и перфорации желудка должны прежде всего служить главными показаніями къ оперативному вмѣшательству.“ Находя леченіе фармацевтическими препаратами слишкомъ медленнымъ, А. Сahn¹⁾ рекомендуетъ производить операціи при наличности только кардіалгіи, даже когда нѣтъ суженія pylori; если трудно экстирпировать язву, то умѣстна гастроэнтероанастомія. Оперативное леченіе дѣйствуетъ быстро, устраняя всѣ непріятные симптомы, что авторъ объясняетъ тѣмъ, что желудочное содержимое чрезъ новообразованный стокъ быстро выводится изъ желудка и, слѣдовательно, меньшее время раздражаетъ язву. Ловерс²⁾ говоритъ, что перфорирующая язва желудка безъ хирургическаго вмѣшательства абсолютно влечетъ за собою смерть.

Тщательной разработкой вопроса о хирургическомъ пособіи при язвѣ желудка занялся Курт Парисер³⁾. Находя, что перфорирующія въ брюшную полость язвы безъ хирургическаго вмѣшательства безусловно смертельны, онъ занялся пополненіемъ скудныхъ свѣдѣній о результатахъ хирургическаго вмѣшательства по поводу перфорации. Ему удалось собрать, съ 1886 года по 1894, 43 случая, изъ нихъ 33 окончились смертью и 10 выздоровѣло. На исходъ операции, по автору, большое вліяніе оказываютъ, кромѣ времени, когда послѣ прободенія она предпринимается, еще слѣдующіе моменты: а) быстрое и удобное нахожденіе перфорированнаго мѣста, б) степень наполненія желудка въ моментъ перфорации и состояніе его содержимаго по отношенію къ разложенію и в) число язвъ (въ 43 случаяхъ по 2 язвы было 9 разъ). Извѣстно, что язвы чаще перфори-

1) Berlin. klinische Wochenschrift № 28. 1895.

2) Allgemeine med. Centralzeitung 1895 № 48 изъ Lancet. 1895 № 9.

3) Deutsche med. Wochenschrift 1895 №№ 28. 29.

ругують у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, по этому, разъ есть подозрѣніе на существованіе язвы, леченіе должно производиться самымъ тщательнымъ образомъ: запрещаются всякія активныя движенія, такъ какъ при нихъ скорѣе можетъ наступить перфорація. Какъ только наступила перфорація и есть подозрѣніе на то, что желудокъ не былъ пустъ, исцѣдуетъ тотчасъ предпринять операцію; успѣха отъ операціи нужно ждать больше въ томъ случаѣ, если она предпринята не позже 10 часовъ послѣ перфораціи.

Noorden¹⁾ нѣсколько расширяетъ показанія къ оперативному вмѣшательству при *ulcus*; приводя два случая съ успѣшнымъ окончаніемъ, онъ говоритъ, что въ первомъ случаѣ показаніемъ къ операціи было усиленіе боли во время пищеваренія, не поддававшееся никакому леченію, а во второмъ случаѣ наступленіе *peritonitis*, причинная зависимость коей отъ *ulcus* была внѣ всякаго сомнѣнія. За послѣднее время чаще начали появляться сообщенія о примѣненіи оперативнаго пособія при язвѣ, даже безъ наличности угрожающихъ жизни симптомовъ. Удерживаетъ хирурговъ развивать свою дѣятельность въ этомъ направленіи трудность опредѣленія мѣстонахожденія язвы, а также и довольно частыя неудачи. Но эти неудачи становятся все рѣже; и неудержимая кровавая рвота и перфорація въ полость брюшины уже не служатъ болѣе единственными показаніями къ производству операціи. Дѣйствительно, достаточно указать на случай Dr. A. Sahn (l. c.), чтобы убѣдиться въ томъ, что своевременно сдѣланная операція приноситъ исцѣленіе больному.

Sahn обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ операція была предпринята по поводу

1) Von Noorden. Münchener med. Wochenschrift № 35. 1896.

съ уженія *pylogi*, съ послѣдовательнымъ расширеніемъ желудка, и гдѣ существовали сильнѣйшія кардіалгическія боли, она не только способствовала свободному опорожненію желудка, но и устраняла кардіалгіи столь быстро послѣ операціи, что о заживленіи язвы въ такое короткое время не могло быть и рѣчи. Застоявшееся, чрезмѣрно кислое, содержимое желудка вызываетъ кардіалгіи, которыя ослабѣваютъ съ опорожненіемъ желудка. Кромѣ того, язвы находящіяся въ кольцѣ *pylogi*, и даже далеко отъ него отстоящія, могутъ давать поводъ къ судорогамъ *pylogi*, которыя рефлекторно увеличиваютъ содержаніе соляной кислоты и, подобно большинству судорогъ, сами по себѣ болѣзненны. Съ устройствомъ широкаго отверстія дѣятельность *pylogi* устраняется, желудокъ быстро опорожняется, раздраженіе уменьшается настолько, что больной даже при открытой язвѣ не испытываетъ боли; благодаря короткому пребыванію пищи въ желудкѣ, соляной кислоты выдѣляется меньше, слѣдовательно, уменьшается и этотъ источникъ боли. Поэтому, когда язва не поддается обыкновенному леченію, когда нѣтъ еще обычныхъ показаній къ операціи, но существуютъ сильныя боли, угрожающія больному истощеніемъ, гастроэнтероанастомія вполне показана. Подобная операція была произведена Lücke пациенту Sahn'a.

Больной, 47 лѣтъ, въ теченіи 15 лѣтъ страдалъ язвой. Для его леченія были примѣняемы всѣ возможные способы; соблюдалась самая правильная діета, что приносило ему временное облегченіе, но когда больной начиналъ работать, всѣ явленія возвращались. Зимой 1893 года авторъ встрѣтилъ своего пациента и не могъ его узнать, настолько онъ представлялся истощеннымъ. Больному была произведена операція соустья, послѣ чего онъ быстро поправился; боли исчезли, очень скоро онъ сталъ ѣсть мясо и другую

пищу, и, съ конца декабря 1893 года до начала іюня 1894, прибѣлъ въ вѣсѣ на 65 фунтовъ. Авторъ потомъ имѣлъ случай наблюдать своего паціента въ теченіе 14 мѣсяцевъ, и во все это время онъ былъ здоровъ и работалъ, такъ что надо считать, что операція вполне достигла цѣли.

Этотъ блестящій результатъ операціи Lücke служитъ доказательствомъ того, что операція возможна съ хорошимъ исходомъ и тогда, когда нѣтъ угрожающихъ жизни припадковъ, но есть сильныя боли, препятствующія больному питаться правильно и ведущія вслѣдствіе этого къ истощенію. Затрудненіемъ, по автору, въ этомъ случаѣ является трудность опредѣленія мѣста язвы и техническія трудности производства самой операціи.

Не менѣе поучительный случай приводитъ пр. Albert¹⁾. Дѣло идетъ объ одномъ 53 лѣтнемъ паціентѣ, который въ молодости перенесъ тифъ, а съ декабря 1875 года заболѣлъ круглой язвой желудка; страданія его были продолжительны и мучительны; лечился онъ у разныхъ знаменитыхъ врачей; примѣнялись всѣ способы леченія, при строгомъ соблюденіи діеты, но ничто не помогало, болѣзнь не проходила, больной терялъ силы и падалъ въ вѣсѣ. Въ январѣ 1883 года онъ вѣсилъ 73 кило, а въ апрѣлѣ 1892 года — 42,3 кило; къ этому времени онъ не могъ уже ничего ни пить, ни ѣсть. Была произведена вслѣдствіе суженія привратника и расширенія желудка (діагнозъ Kocher'a и Ozer'a) операція гастроэнтероанастоміи, которая вполне удалась. На 4 день больной получилъ молоко и началъ постепенно переходить къ другой (мясной) пищѣ; вскорѣ послѣдовало первое послѣ многихъ лѣтъ произвольное испражненіе. Больной быстро началъ поправляться, вѣсѣ

1) Wiener Medicinische Wochenschrift № 1. 1893.

прибавился: въ іюнѣ былъ 47,8 кило, а въ сентябрѣ 66,0 кило; теперь онъ работаетъ и ведетъ обыкновенный образъ жизни, вѣсѣ 70 кило.

Др. О. Дунинъ¹⁾ приводитъ три случая гастроэнтероанастоміи по поводу суженія pylori, вслѣдствіе рубцеванія язвы. Первый случай касается одного рабочаго, 30 лѣтъ, у котораго развилось послѣ рубцеванія язвы суженіе привратника съ послѣдовательнымъ расширеніемъ и опущеніемъ желудка; второй случай былъ земледѣлецъ, 24 лѣтъ, почти съ тѣми-же явленіями; третій больной, 49 лѣтъ, кромѣ того, страдалъ туберкулезомъ легкихъ. Всѣмъ тремъ была сдѣлана гастроэнтероанастомія. Первые два совершенно выздоровѣли; состояніе здоровья третьяго значительно улучшилось (не смотря на туберкулезъ), силы прибавились, вѣсѣ увеличился на 15 фунтовъ. По автору, послѣ операціи произошли слѣдующія измѣненія: а) размѣры желудка приняли нормальную или почти нормальную величину; б) секреція желудка уменьшилась (авторъ дѣлалъ изслѣдованіе до и послѣ операціи) и уменьшилась общая кислотность содержимаго желудка; в) исчезли ненормальныя ферментации, т. е. молочная и жирныя кислоты. Кромѣ того, никогда не замѣчалось присутствія въ желудкѣ большого количества желчи; не наблюдалось сильныхъ запоровъ; при раздуваніи желудка угольной кислотой газъ не переходилъ тотчасъ въ кишки, что говоритъ за то, что искусственное отверстіе играетъ роль запирателя. Суженіе pylori при язвѣ, по автору, не служитъ единственнымъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству, но также кровотеченія, перфорации и субдиафрагмальные абсцессы. Если при вскрытіи брюшной полости не удастся найти кровоточащаго мѣста, то полезно

1) Berliner klinische Wochenschrift № 3. 1894.

сдѣлать гастроэнтероанастомію и если язва находится у pylori, то она заживаетъ, разъ будетъ данъ выходъ содержимому чрезъ иное отверстіе и язва не будетъ имѣ раздражаться.

Проф. Küster (Marburg)¹⁾, не сомнѣваясь въ пользѣ оперативнаго леченія язвъ, предпочитаетъ пилоропластикъ гастроэнтероанастомію, когда язва находится возлѣ pylori, такъ какъ широкое сообщеніе между желудкомъ и кишечникомъ не приноситъ вреда.

Нѣкоторые хирурги предпочитаютъ однако при страданіяхъ pylorus'a резекцію его, которая тоже приноситъ прекрасные результаты. Rosenheim²⁾ указываетъ на случай рака у одной женщины, происхожденіе коего изъ язвы было несомнѣнно доказано; послѣ резекціи pylorus'a пораженного процессомъ, три мѣсяца спустя, больная представляла картину полнѣйшаго здоровья.

Henry Percy Dean³⁾ сообщаетъ первый, по его мнѣнію, случай оперативнаго леченія язвы duodeni. За двѣ недѣли до поступленія въ госпиталь, больная (27 лѣтъ) страдала болью подъ ложечкой, рвотой и запорами. Поступила съ явленіями остраго перитонита; авторъ предположилъ не проходимость кишечника (вслѣдствіе запора); была произведена операція, но непроходимости кишечника не нашли, а оказалась прободающая язва duodeni на передней ея стѣнкѣ, вблизи привратника. Язва была вырѣзана ножницами съ окружающею тканью, кишечная рана зашита, брюшная полость

1) Therapeutische Monatshefte 1895. Н. 8.

2) Rosenheim. Deutsche medicin. Wochenschrift 1895. №№ 15—16 реф. изъ Therap. Monatshefte 1894 № 7.

3) Percy. Врачъ 1894 г. № 22 реф. изъ The British. Medical Journal May.

тщательно вымыта, на брюшную стѣнку тоже наложены швы. На 18 день послѣ операціи больная, получавшая пищу per rectum, начала получать ее per os, а на 28 день начали давать ей и твердую пищу; на 30 день больная встала. Чрезъ 2 мѣсяца этой же больной пришлось опять дѣлать лапоротомию по поводу непроходимости кишечника, обусловленной, какъ оказалось впоследствии, тяжемъ, идущимъ отъ рубца въ брюшной стѣнкѣ къ подвздошной кишкѣ. Больная умерла. Кромѣ свѣжаго разлитого перитонита, на вскрытіи были еще найдены 2 свѣжія прободающія язвы подвздошной кишки. Duodenum въ мѣстѣ прежняго разрѣза представлялась нѣсколько уже нормальнаго, въ остальномъ была нормальна.

Mündler¹⁾ сообщаетъ о пациентѣ, которому бѣла сдѣлана пилороектомія по поводу стенозирующей язвы; 12 лѣтъ послѣ операціи больной чувствуетъ себя прекрасно. Karl Maydel²⁾ также указываетъ на такую же операцію, окончившуюся полнымъ выздоровленіемъ больной, которая до операціи представляла крайнюю степень истощенія, а чрезъ 4 недѣли выписалась въ цвѣтущемъ состояніи.

Операціи, предпринятыя по поводу перфорации также, повидимому, сопровождаются хорошимъ исходомъ. Michaud³⁾ приводитъ случай лапоротоміи, предпринятой по поводу перфорации желудка и окончившейся выздоровленіемъ; на разорванное мѣсто желудка были наложены швы.

Результаты операцій при перфорации не всегда, конечно, бываютъ удовлетворительны. Причину этого К. Schu-

1) Mündler. Centralbl. für Chirurgie № 46. 1895. реф. изъ Beiträge zur klin. Chir. Bd. XIV, Н. 2.

2) Karl Maydel. Wiener kl. Rundschau № 17. 1896.

3) Michaud. Wiener medicin. Wochenschrift № 36. 1896 (рефератъ).

chardt¹⁾ видитъ въ томъ, что операція предпринимается поздно послѣ перфорации; изъ извѣстныхъ автору 15 случаевъ удалось спасти только одного больного, остальные умерли отъ гнойнаго воспаления брюшины. Авторъ указываетъ еще на своихъ два случая: служанка, 21 года, умерла чрезъ 18 часовъ послѣ операціи, оперирована на 11 или 13 день послѣ перфорации; вторая же больная, тоже служанка, 16 лѣтъ, оперированная на 4 день послѣ перфорации, вполне выздоровѣла.

Barling²⁾ указываетъ на 37 больныхъ, оперированныхъ по поводу перфорации; изъ нихъ 13 выздоровѣло; по позднѣйшимъ свѣдѣніямъ остались вполне здоровы и въ послѣдующіе годы 10 оперированныхъ. Въ 22 случаяхъ перфорация находилась на передней стѣнкѣ желудка, 5 на задней, 2 на малой кривизнѣ; большею частію перфорация происходила при наполненномъ желудкѣ. Peritonitis, какъ могъ убѣдиться Barling, наступаетъ иногда очень скоро послѣ перфорации (операція чрезъ 6 часовъ, обиліе экссудата), въ другихъ случаяхъ развивается медленно. Въ виду того, что безъ операціи погибаетъ отъ перфорации 95%, авторъ рекомендуетъ возможно раннюю лапоротомию. Девять выздоровѣвшихъ были оперированы 3—10 часовъ спустя послѣ перфорации; а 15 изъ умершихъ были оперированы, среднимъ числомъ, 27 часовъ спустя послѣ наступленія прободенія. Язвъ вырѣзывать не слѣдуетъ, а только нужно наложить швы на края разрыва, когда-же края индурированы и швы не держатся, то язву лучше вырѣзать. Оперировать умирающаго безцѣльно. Диагнозъ перфорации долженъ быть поставленъ съ несомнѣнностію, дабы не под-

1) K. Schuchard. Archiv f. kl. Chirurgie N. 3. Bd. 50. 1895.

2) Barling. Centralblatt für Chirurgie № 46, 1895, реф. изъ Brit. med. Journal 1895.

вергать больныхъ безцѣльной операціи. Въ этомъ отношеніи поучительны случаи Dunn¹⁾, гдѣ лапоротомія была сдѣлана двумъ больнымъ по поводу перфорации, которой однако не оказалось. Проф. Klausner²⁾ приводитъ случай успѣшнаго примѣненія хирургическаго леченія при сращеніи передней стѣнки желудка съ брюшной стѣнкой, послѣ язвы желудка; у больного наблюдалась боль и плоская опухоль въ области scrobiculi cordis; эта опухоль зависѣла отъ инфильтраціи брюшной стѣнки. На пораненный при операціи желудокъ былъ наложенъ двойной рядъ Lembert'овскихъ швовъ. Дѣло окончилось полнымъ выздоровленіемъ.

Curt Pariser³⁾ представилъ на съѣздъ врачей и стествоиспытателей въ Франкфуртѣ на Майнѣ (21—26 сентября 1896 г.) очень интересный и обстоятельный докладъ относительно результатовъ оперативнаго вмѣшательства при прободеніи желудка. Имъ собрано до ста случаевъ (99) операцій этого рода, результаты настолько хороши, что даютъ право Pariser'у утверждать, что „операція при перфорации есть не ultimum, но primum refugium, и святая обязанность врача не только предложить, но настоятельно требовать согласія пациента на операцію.“ Авторъ еще и раньше дѣлалъ указанія на необходимость операціи при перфорации; въ послѣднее время накопилось столько матеріала, что даетъ право опять настаивать на примѣненіи оперативнаго метода леченія перфорировавшей язвы; изъ 99 случаевъ 33 окончились выздоровленіемъ, тогда какъ

1) Dunn. Therapeutische Monatshefte 1895, № 9; реф. изъ Brit. Medic. Journal. May.

2) Вольвич. газета Боткина 1896 г. № 38. (реф. изъ Münchener Medic. Wochenschrift 1896, № 37).

3) Allgemeine med. Central Zeitung №№ 86—90, 1896.

безъ операциі умираетъ 95 % (Barling l. c.), а выздоравливаетъ 5 %, да и тѣ, можетъ быть, аналогичны случаямъ, на которые указываетъ Dunn (l. c.). Собранный литературный матеріалъ Pariser помѣстилъ въ прекрасно составленной таблицѣ. По числу операций на первомъ мѣстѣ стоитъ Англія, далѣе Америка, Германія, Франція, Швейцарія (1 случай), Россія — 1 случай (пр. Wahl). — 33 % выздоровленія при операциі и почти 0 % — безъ операциі говорятъ достаточно за то, чтобы убѣдить противниковъ въ важности возможно скорого примѣненія этого безусловно полезнаго метода леченія. Чѣмъ скорѣе оперировать, тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ операциі; лучше всего оперировать въ первые 10—15 часовъ. Изъ таблицы Pariser'a видно, что въ теченіе первыхъ 10 часовъ было оперировано 25, выздоровѣло 18, умерло 7; чрезъ 10—15 часовъ оперировано 8, выздоровѣло 5, умерло 3; чрезъ 15—20 часовъ оперировано 8, выздоровѣло 2, умерло 6; чрезъ 20—25 часовъ 5 случаевъ, изъ нихъ выздоровѣлъ 1, умерло 4. Такимъ образомъ съ увеличеніемъ числа часовъ послѣ перфорациі уменьшается число выздоровленій. Особенно нужно быть настойчивымъ въ предложеніи операциі въ томъ случаѣ, если есть хоть малѣйшее подозрѣніе на то, что во время перфорациі желудокъ не былъ пустъ. Огромное значеніе для успѣха операциі имѣетъ продолжительность ея производства, поэтому нужно, чтобы хирургъ предъ операцией получилъ возможно точныя указанія относительно мѣста, гдѣ находится язва. По даннымъ автора наибаче перфорациа бываетъ на передней стѣнкѣ желудка (62 случая); здѣсь прежде всего хирургъ и долженъ искать перфорацию.

Перфорациі часто обусловливаются неосторожными движеніями больного, причемъ подъемъ незначительной тяжести

можетъ повлечь за собою перфорацию; наибаче онѣ наступаютъ послѣ ѣды. Весьма важно, по вышесказаннымъ причинамъ, возможно раннее распознаваніе перфорациі; она узнается по внезапно появившимся весьма сильнымъ болямъ и чувству разрыва внутри; боль локализуется въ эпигастріумъ или въ лѣвомъ подреберьи, далѣе слѣдуетъ колющій, — слабость сердца, нитевидный пульсъ, поверхностное, ускоренное дыханіе, низкая температура, холодный потъ; рвота бываетъ чрезвычайно рѣдко; въ первое время животъ втянутъ, а не вздутъ; границы печени опредѣлимы. Для точнаго діагноза нужны еще нѣкоторыя данныя анамнеза, безъ которыхъ діагнозъ перфорациі дѣлается почти невозможнымъ, и можетъ явиться мысль объ отравленіи. Часа 3—4 спустя послѣ перфорациі, картина, часто, рѣзко измѣняется, такъ что можетъ дать поводъ сомнѣваться въ вѣрности діагноза и повести къ ошибочнымъ заключеніямъ. Въ иныхъ случаяхъ быстро развивается послѣ прободенія общій перитонитъ, а иногда, какъ говоритъ Schuchardt (l. c.), онъ долгое время локализуется лишь въ верхней половинѣ живота; въ такихъ случаяхъ колющій скоро проходитъ; сердце начинаетъ работать лучше, пульсъ дѣлается полнѣе и иногда поднимается температура до 38° Ц. Это наблюдается тогда, если во время прободенія желудокъ былъ пустъ.

При наступленіи общаго перитонита, большею частію часовъ 6 спустя послѣ прободенія, появляется вздутіе живота, отсутствіе притупленія печени, температура повышается, боли усиливаются и можетъ наступить 2 колющій; все это иногда сопровождается нечастой рвотой. Когда уже развился общій перитонитъ, то успѣхъ операциі является сомнительнымъ, поэтому самое подходящее время для операциі — тотчасъ послѣ минованія перваго колющаго. Такимъ обра-

зомъ въ настоящее время лапоротомію нужно считать единственной цѣлесообразной мѣрой при прободеніи желудка; чѣмъ меньше протекло времени послѣ прободенія, тѣмъ шансовъ на благопріятный исходъ операціи больше; такимъ временемъ нужно считать не позже 10—15 часовъ послѣ перфорации; быстрота производства операціи увеличиваетъ шансы; степень наполненія желудка тоже играетъ важную роль въ этомъ отношеніи; наконецъ, размѣры перфорации и появленіе свѣжихъ сращеній тоже вліяютъ на исходъ операціи. Ранній діагнозъ перфорации не всегда возможенъ безъ данныхъ анамнеза.

Трудно перечислить всѣ случаи, гдѣ было предпринято съ полнымъ успѣхомъ оперативное леченіе по поводу круглой язвы; но, кажется, и приведенныхъ примѣровъ вполне достаточно, чтобы убѣдиться въ томъ, что операція на желудкѣ, предпринятая во-время и съ опредѣленными показаніями, часто, спасая жизнь, восстанавливаетъ и здоровье. Въ настоящее время уже многіе убѣждены въ пользѣ и необходимости оперативнаго вмѣшательства при круглой язвѣ желудка; выборъ вида операціи, конечно, зависитъ отъ особенностей страданія, мѣстонахожденія язвы и тѣхъ показаній, по поводу коихъ предпринимается операція. Такъ на примѣръ, Rosenheim¹⁾ при доброкачественномъ стенозѣ привратника предпочитаетъ резекцію его, въ виду полного восстановленія желудка *ad integrum*, тогда какъ при гастроэнтероанастоміи это восстановленіе бываетъ только относительное. При повторяющихся желудочныхъ кровотеченіяхъ вслѣдствіе ulcerаций, по Kammerer²⁾, предпочтительнѣе

1) Rosenheim. Münchener medic. Wochenschrift 1894 г. № 44.

2) Kammerer. Allgemeine med. Centralzeitung 1895, № 48, рефер. изъ med. Record 1895, № 5 (Нью-Йоркъ).

гастроэнтероанастомія. Пр. М. А. Васильевъ¹⁾ въ своемъ докладѣ, 5 марта 1894 года, въ Русскомъ медицинскомъ обществѣ при Варшавскомъ Университетѣ говоритъ, что при рактъ привратника умѣстнѣе всего гастроэнтероанастомія (когда ракъ далъ уже метастазы), ибо многочисленныя сращения привратника сильно затрудняютъ производство операціи резекціи pylori; намъ кажется, что тѣ-же самыя соображенія относительно сращеній имѣютъ мѣсто и при язвѣ pylori. Mikulicz²⁾ рекомендуетъ при стенозѣ pylori пилоропластику съ каутеризаціей дна язвы. Что касается показаній вообще къ операціи при язвѣ, то, по Rosenheim'у, она показана при: а) стенозѣ привратника съ послѣдовательнымъ расширеніемъ желудка; б) часто повторяющемся кровотеченіи; с) острымъ перфоративномъ перитонитѣ; d) перигастритѣ, нарушающемъ, вслѣдствіе сращеній, дѣятельность желудка или ведущемъ къ возникновенію абсцесса (субдиафрагмальный абсцессъ). По Hirsch'у³⁾ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству служатъ: а) прободеніе, б) суженіе pylori, с) кровотеченіе.

Изъ приведенныхъ литературныхъ указаній видно, что въ настоящее время поводомъ къ хирургическому вмѣшательству при язвѣ желудка служатъ:

а) Прободеніе стѣнки желудка съ послѣдующимъ перитонитомъ (Taylor, Skene Keith, Haslam, Pearse Gould, Mintz, Kurt Pariser, Noorden, Michaud, Schuchardt, Barling, Rosenheim, Hirsch).

б) Суженіе привратника, съ расширеніемъ желудка, находящееся въ зависимости отъ язвы или отъ рубца,

1) М. А. Васильевъ. Врачъ 1894 г. № 12.

2) Archiv. f. kl. Chirurgie. Bd. 37, H. 1, реф.

3) Больничная газета Боткина 1896, № 38, реф. изъ Berliner klinische Wochenschrift 1896. № 38.

оставшагося послѣ нея (Rydygier, Albert, Дунинъ, Küster, Rosenheim, Mündler, Maydel, Hirsch).

с) Сильныя, неудержимыя кровотечения, имѣющія наклонность повторяться (Talma, Doyen, Mintz, Kammerer, Rosenheim, Hirsch).

д) Нарывы, образующіеся подъ діафрагмой (Taylor, Rosenheim).

е) Невыносимая боль, не поддающаяся дѣйствию наркотическихъ веществъ (Cahn, Noorden).

ф) Сращеніе желудка съ сосѣдними частями, сопровождающееся сильной болью и ограничивающее движенія желудка (Claussner, Rosenheim).

Результаты операцій, произведенныхъ вслѣдствіе названныхъ показаній, таковы, что пока не оставляютъ желать ничего больше. Изъ 155 лапоротомій, сдѣланныхъ по поводу прободного перитонита, окончились выздоровленіемъ 50; причемъ, чѣмъ раньше послѣ прободенія предпринимается операція, тѣмъ успѣхъ болѣе вѣроятенъ, безъ операціи же умираетъ 95% (Curt Pariser, Noorden, Michaud, Schuchardt, Barling). Операція при суженіи привратника даетъ еще лучше исходы: изъ 8 отмѣченныхъ у насъ случаевъ ни одинъ не окончился смертію (Rydygier, Albert, Дунинъ, Rosenheim, Mündler, Maydel); изъ 6 операцій по поводу кровотечения 1 только окончился смертію (Doyen); 2 операціи по поводу невыносимыхъ болей окончились выздоровленіемъ (Noorden, Cahn). Является непонятнымъ, почему, при такихъ прекрасныхъ результатахъ, операціи при язвѣ примѣняются сравнительно рѣдко и больные подвергаются ей уже тогда, когда наступили тяжелыя явленія, перфоративный перитонитъ, опасныя для жизни кровотечения или же сильная степень истощенія, вслѣдствіе суженія привратника

и невыносимыхъ болей. Смертность отъ круглой язвы значительно могла бы сократиться, еслибы операція предпринималась до наступленія грозныхъ симптомовъ и сильной степени истощенія. Нами указаны выше и охарактеризованы случаи круглой язвы, которые не поддаются обычнымъ способамъ леченія; въ огромномъ большинствѣ у больныхъ, принадлежащихъ къ этой категоріи, и наступаютъ указанные тяжелыя явленія; по этому намъ кажется вполне умѣстнымъ для леченія такихъ больныхъ приступать къ операціи какъ только выяснится, что язва не уступаетъ обычному леченію, а не ожидать такихъ осложненій, которыя непосредственно угрожаютъ жизни больного и значительно ухудшаютъ предсказаніе и при самой операціи. Трудность отысканія мѣста, гдѣ находится язва, не можетъ служить препятствіемъ, такъ какъ болѣею частію возможно указать это мѣсто до операціи, а если бы этого сдѣлать и не удалось, то образованіе соустья, какъ это доказалъ Doyen, можетъ всетаки принести огромную пользу больному. Кромѣ того, болѣе ранняя операція значительно сократила бы число иноперабельныхъ больныхъ. Мы думаемъ, что операція при язвѣ показана въ томъ случаѣ, если язва не заживаетъ отъ нашего леченія, а больной все истощается, благодаря упорной рвотѣ и невыносимымъ болямъ, которыя мѣшаютъ ему ѣсть, спать и заниматься своимъ дѣломъ; чѣмъ раньше предпринять операцію, тѣмъ — лучше; ожидать же наступленія выше приведенныхъ показаній нѣтъ надобности, разъ діагнозъ язвы не сомнѣненъ. Для руководства при распознаваніи времени, когда, въ теченіи язвы, слѣдуетъ приступать къ операціи нужно имѣть въ виду слѣдующія обстоятельства:

а) Больные, болѣею частію, принадлежатъ къ среднему или пожилому возрасту;

b) они представляют значительную степень истощения и иногда имѣютъ кахектический видъ;

c) у нихъ наблюдаются отсутствіе аппетита, сильная жажда и упорные запоры;

d) они страдаютъ постоянными болями, которыя изъ эпигастрія переходятъ въ другія части тѣла; послѣ ѣды и при движеніи боли дѣлаются невыносимыми, не проходятъ послѣ рвоты; наркотическія средства или мало, или вовсе не оказываютъ на нихъ вліянія; боли совершенно нарушаютъ сонъ;

e) кровавая рвота наблюдается только у половины такихъ больныхъ;

f) содержаніе соляной кислоты рѣдко бываетъ повышено;

g) прямые мышцы живота очень напряжены и часто бываютъ тверды, какъ доска; иногда на мѣстѣ язвы можно констатировать опухоль;

h) примѣненіе терапіи совершенно безрезультатно.

Выводы. 1) Въ западной Европѣ язва желудка не принадлежитъ къ рѣдкимъ заболѣваніямъ.

2) Въ Петербургѣ и Москвѣ заболѣваніе круглой язвой представляется чрезвычайно рѣдкимъ явленіемъ.

3) По количеству заболѣваній язвой Юрьевъ (Лифляндской губ.) близко подходитъ къ Берлину и нѣсколько его даже превосходитъ.

4) Вопреки установившемуся воззрѣнію, что язвой заболѣваютъ болѣе женщины, наши свѣдѣнія говорятъ за то, что мужчины заболѣваютъ почти въ три раза чаще женщинъ, по преимуществу, въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ.

5) Въ числѣ причинъ, предрасполагающихъ къ заболѣванію язвой, немаловажное значеніе имѣетъ, новидимому, извѣстнаго типа питаніе; по этому, объясненіе пр. С. М. Васильевымъ частоты заболѣваній язвой въ Лифляндской губерніи усиленнымъ питаніемъ населенія картофелемъ вѣроятно.

6) Нужно думать, что національныя отличія также имѣютъ значеніе въ смыслѣ бѣльшаго или меньшаго предрасположенія къ заболѣванію круглой язвой желудка.

7) Травоядные иногда заболѣваютъ пептической язвой.

8) Производящія причины сводятся, согласно Вирхову, къ мѣстному нарушенію циркуляціи, при наличности повышенной кислотности желудочнаго содержимаго.

9) Кромѣ желудка и кишечника, круглая язва можетъ образоваться и въ другихъ органахъ, гдѣ возможно возникновеніе условій, необходимыхъ для ея образованія.

10) Боль при язвѣ весьма характерна, — её трудно смѣшать съ другими болями; отсутствіе ея при язвѣ — необыкновенная рѣдкость; непрерывная боль говоритъ за появленіе сращенія желудка съ сосѣдними частями.

11) Въ случаяхъ глубокаго поврежденія стѣнокъ желудка рвота — явленіе обычное.

12) Кровавая рвота и упорный запоръ наблюдаются у половины больныхъ язвой.

13) По крайней мѣрѣ половина больныхъ, страдающихъ язвой, представляетъ значительную степень истощенія.

14) Напряженіе прямыхъ мышцъ живота является постояннымъ признакомъ язвы и очень важнымъ потому, что можетъ указывать на локализацию язвы.

15) Повышенное содержаніе соляной кислоты не есть постоянный признакъ круглой язвы желудка.

16) Представляется очень удобнымъ, съ клинической стороны, дѣленіе теченія язвы на три періода: а) поражение только слизистой оболочки желудка, б) слизистой и мышечного слоя, в) всей толщѣ стѣнки желудка и сосѣднихъ частей. Распознаваніе этихъ періодовъ значительно облегчается терапіей, примѣняемой пр. С. М. Васильевымъ.

17) Случаи, принадлежащіе къ третьей категоріи, совершенно не поддаются леченію медикаментами.

18) Терапія язвы желудка въ теченіе длиннаго ряда лѣтъ существенно не измѣнилась.

19) Хирургическое вмѣшательство при язвѣ даетъ блестящіе результаты.

20) Смертность отъ язвы значительно можетъ уменьшиться, если предпринимать операцію до наступленія тяжелыхъ авленій.

21) Оперировать слѣдуетъ всѣ тѣ случаи, которые не поддаются обычному леченію; слѣдовательно операція показана у тѣхъ больныхъ, которые нами отнесены къ третьей группѣ.

22) Безъ операціи они должны умереть или отъ кровотечения, или отъ прободенія съ его послѣдствіями, или отъ истощенія.

23) Распознаваніе момента, когда въ теченіи язвы слѣдуетъ приступить къ операціи, возможно.

24) Возможно также распознаваніе и мѣстонахожденія язвы.

25) Послѣднему значительно помогаютъ: локализациа боли, время наступленія или усиленія ея послѣ пріема пищи, напряженіе (ббльшее) прямыхъ мышцъ живота и другіе признаки.

Окончивая эту работу, считаю своимъ долгомъ выразить мою глубокую благодарность многоуважаемому Профессору Степану Михайловичу Васильеву за предложенную тему, разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ его клиники и за постоянную готовность помочь словомъ и дѣломъ. Также приношу искреннюю признательность многоуважаемому Профессору Вячеславу Алексѣевичу Афанасьеву за любезно предоставленные въ мое пользованіе протоколы патолого-анатомическаго института.

Литература,

которой я пользовался при написании сей работы.

- Aufrecht.* Centralbl. für medicin. Wissenschaft 1882. № 31.
Albert. Wiener Medicinische Wochenschrift 1893. № 1.
Arndt. Deutsche Medicin. Wochenschrift 1888. № 5.
Бирхъ-Гиршфельдъ. Руководство патологической анатомии 1877.
Beutner Oscar. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie. Bd. III, Heft 2, 1896.
Brinton. Die Krankheiten des Magens 1862. Переводъ съ англійскаго Bauer'a.
Bradbury. Therapeutische Monatshefte 1896. Н. 3.
Bouveret. Traité des maladies de l'estomac. Paris 1893.
Bowreman Jesset. The surgical diseases and injuries of the Stomach and intestines. London 1892.
Bamberger H. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1855.
Budd G. Die Krankheiten des Magens 1856.
Braun Julius. Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie 1880.
Barling G. Centralblatt für Chirurgie 1895, № 46, реф. изъ Brit. Medic. Journal 1895.
Блиндерманъ. Медицина 1893. № 43.
Васильевъ С. М. Пр. Ученые Заниски Юрьевского Университета 1893, № 4.
Войновичъ. Больничная газета Боткина 1895, №№ 9—10.
Васильевъ М. А. Пр. Врачъ 1894. № 12.
Циглеръ. Руководство общей и частной патологической анатомии 1883.
Cazin. Bulletin de Therapeutique 1858.
Cornils. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1888, № 37.
Crämer Fr. Münchener med. Wochenschrift 1896, № 25.

- Constatt Carl.* Handbuch der Medicinischen Klinik 1856.
Cahn A. Berliner klinische Wochenschrift 1895, № 28.
Cohn. Therapeutische Monatshefte 1894, № 5.
Davis. The New-York Medical Record. 1878, Febr. 23. Реф. въ Berlin. klinische Wochenschrift 1878, № 15.
Дюжарденъ-Бомецъ. Лекции клинической терапии. Переводъ съ фр. Петрункевича 1883.
Debove. Therapeutische Monatshefte 1887. Januar.
Doyen. Traitement Chirurgical des affections de l'estomac et du duodenum. Paris 1895.
Дунинъ Ѳ. Berliner klinische Wochenschrift 1894. № 3.
Dunn. Therapeutische Monatshefte 1895. № 9, реф. изъ Br. Med. Jour. May.
Deleage. Centralbl. f. d. gesammte Therapie 1885, реф. изъ Progrès med. 1885, № 14.
Dieulafoy. Библиотека врача 1896, сент. Реф.
Эйхгорстъ. Руководство частной патологии и терапии 1892.
Evald C. A. Klinik der Verdauungskrankheiten 1888.
Эйленбургъ. Реальная энциклопедия медицинских наукъ 1893. Т. VII.
Einhorn. Berliner klin. Wochenschrift 1895, № 20.
 — Centralblatt für die gesammte Therapie 1894, Н. II.
Finny. Dublin Journal of medical Sciences. Vol. 81.
Faber. Berliner klinische Wochenschrift 1882, № 21.
Fleischer R. Berliner kl. Wochenschrift 1882, № 7.
Flashar. Therapeutische Monatshefte 1888, August. Реф.
Губаревъ А. П. Пр. Хирургическая анатомия брюшной полости 1887. Москва.
Gutmann. Berliner kl. Wochenschrift 1880, № 16.
Gross M. Therapeut. Monatshefte 1894, № 12, реф.
Germain Sée. Медицина 1894, № 14, реф. изъ International kl. Rundschau 1893, №№ 45, 46, 48, 49.
Gerhardt. Deutsche medic. Wochenschrift 1878, № 18.
Gempt. Berliner kl. Wochenschrift 1886, № 15.
Grote Georg. Deutsche med. Wochenschrift 1896, № 30.
Hertzka. Pester med. Chirurg. Presse 1878, März, реф. въ Berliner klin. Wochenschrift 1878, № 15.
Hirsch. Больничная газета Боткина 1896, № 38, реф. изъ Berlin. kl. Wochenschrift 1896, № 38.
Hauser. Berliner klin. Wochenschrift 1882, № 43.
Henry Persy Dean. Врачъ 1894, № 22, реф. изъ The British Medical Journal, May.
Hassmann. Wiener klin. Rundschau № 17, 1896.

- Haslam.* Therapeutische Monatshefte 1894, № 2, реф. изъ British Medical Journal 1893, № 11.
- Hamburger H.* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. — Krankheit des chylopoëtischen Systems 1855. Redig. von R. Virchow.
- Жаку.* Руководство внутренней патологии 1878.
- Jowers.* Allgemeine med. Centralzeitung 1895, № 48, реф. изъ The Lancet 1895, № 9.
- Jacobi.* Allgemeine med. Centralzeitung 1895, № 48, реф. изъ Med. Record 1895, № 5. New-York.
- Кунце.* Учебникъ практической медицины 1877.
- Kuttner Leopold.* Berliner kl. Wochenschrift 1895, № 7.
- Kammerer.* Allgemeine med. Centralzeitung 1895, 48, реф. изъ Med. Record 1895, № 5. New-York.
- Küster.* Therapeutische Monatshefte 1895, H. 8.
- Körte.* Beitrag zur Lehre vom Magengeschwür, Diss. Strassburg 1875.
- Klaussner.* Больничная газета Боткина 1896, № 38, реф. изъ Münchener med. Wochenschrift 1896, № 37.
- Loetscher H.* Centralblatt f. d. gesammte Therapie 1894, H. VI.
- Liebermeister.* Pr. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1892, № 61.
- Лунский.* Болѣзненность и смертность петербургскаго населенія. Отчеты по городскимъ больницамъ за 1890, 1891 и 1892.
- Лебертз.* Руководство практич. медицины 1862.
- Landois L.* Учебникъ физиологій человека 1892.
- Лондонъ Е.* Архивъ биологическихъ наукъ С.ПБ. Т. IV, в. 5. 1896.
- Leube.* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Magen und Darmkr. Herausgeben v. H. Ziemssen.
- Mischel C.* Berliner klin. Wochenschrift 1870, № 49.
- Minkowsky.* Therapeut. Monatshefte 1896, № 2.
- Dr. du Mensuil.* Münchener med. Wochenschrift 1894, № 50.
- Murphy.* Intestinal Approximation. Medical Record. New-York 1894. May, June.
- Mintz S.* Zeitschrift f. klin. Medic. 1894. Bd. 25, H. I, II.
- Mikulicz.* Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 37, H. I.
— Южно-русская медицин. газета 1896 №№ 39, 40.
- Mündler.* Centralbl. f. Chirurgie 1895, № 46, реф. изъ Beiträge zur kl. Chirurgie, Bd. XIV, H. 2.
- Michaud.* Wiener medic. Wochenschrift 1896, № 36, реф.
- Maydel Karl.* Wiener kl. Rundschau 1896, № 17.

- Matthes.* Wiener medic. Presse 1893, № 32.
- Немченковъ.* Картофель и его питательность. Дисс. С.ПБ. 1886.
- Нимейеръ.* Руководство частной патологии и терапии 1861.
- Noorden.* Müncher med. Wochenschrift 1896, № 35.
- Nauwerk.* Münchener medic. Wochenschrift 1895, №№ 38, 39.
- Ostertay.* Fortschritte der Medicin. Bd. 7, № 9, 1889. реф. изъ Deutsche Zeitschrift f. Thiermed. 1889.
- Отчеты по заведеніямъ обществннаго призрѣнія, находящимся въ вѣдѣніи Московскаго Городскаго Обществннаго Управленія за годы: 1892, 1893, 1894.
- Поповъ В. Н.* Труды физиологическ. лаборат. Московскаго Универс. 1888, апрѣль, май.
- Pearse Gould.* Münchener medicin. Wochenschrift 1894, № 36. Реф.
- Pariser Curt.* Deutsche medicin. Wochenschrift 1895, №№ 28, 29.
- Pariser Curt.* Allgemeine medicin. Centralzeitung 1896 №№ 86—90.
- Penzold.* Berliner kl. Wochenschrift 1882, № 21.
- Перецъ К. А.* Больничная газета Боткина 1896, № 18.
- Pepper.* Centralbl. f. kl. Medic. 1891 № 13. Рефер. изъ Journ. of. the Amer. med. assoc. 1889, № 25. May.
- Рокитанскій.* Руководство частной паталогической анатоміи 1844.
- Rassmussen.* Centralbl. f. d. medic. Wissenschaft 1887. № 10.
- Riegel.* Deutsche medic. Wochenschrift 1886, № 52.
- Rumpf.* Therapeut. Monatsh. № 2. 1896.
- Rydygier.* Sammlung kl. Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern 1882, № 220.
- Rosenheim.* Deutsche medic. Wochenschrift 1895, № 3.
- Rosenheim.* Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens 1891.
- Rosenheim.* Deutsche medic. Wobhenschrift 1895 №№ 15—16; реф. изъ Therapeutische Monatshefte 1894, № 7.
- Rosenheim.* Münchener medic. Wochenschrift 1894, № 44.
- Rankin.* Allgemeine med. Centralzeitung 1895. № 48, реф. изъ The Lancet 1895, № 6.
- Засницкій.* Лекціи частной патологии и терапии 1896.
- Schwayer Joseph.* Zeitschrift f. kl. Medic. Bd. 27. 1896.
- Senn N.* Intestinal Surgery, Chigago 1889.
- Salomon Max.* Handbuch der speciellen internen Therapie 1885.
- Skene-Keith.* Text Book of. abdominal Surgery, London 1894.
- Schuchardt R.* Archiv. f. kl. Chirurgie H. 3, Bd. 50, 1895.
- Sohlern.* Berliner kl. Wochenschrift. № 13, 1889.
- Strauss Herm.* Berliner kl. Wochenschrift № 43, 1894.

- Singer.* Медицина 1895. №№ 21, 22. Реф. изъ Lyon med. 1895, № 19.
Schwarz Karl. Wiener kl. Wochenschrift 1896, № 25.
Schlesinger. Wiener kl. Wochenschrift 1895, № 19.
Савельевъ Н. А. Врачъ, 1894, № 22.
Saundby. Therapeutische Monatshefte 1891, Mai. Реф. изъ Lancet 1891, № 7.
Труссо. Клиническія лекціи 1867.
Taylor. Birmingham Medical Record 1888 April.
Talma S. Berliner klinische Wochenschrift 1895, № 25.
Taube H. Wiener klinische Rundschau 1895, № 52.
Williams. Berliner klinische Wochenschrift 1875, № 16.
Wilhelmy. Berliner klin. Wochenschrift 1886, № 29.
Wunderlich C. A. Handbuch der Pathologie und Therapie 1846.
Wegele C. Die diaetetische Behandlung der Magen-Darm Erkrankungen 1893.
Witthauer. Therapeutische Monatshefte Oct. 1895.
Wolff. Zeitschrift f. klin. Medicin 1883.
Штрюмпель. Руководство частной патологии и терапии, 1884.
Щербakovъ А. Объ условіяхъ развитія круглой язвы желудка. Дисс. Москва 1891.

Замѣченныя опечатки.

Страница	строка		напечатано :	читать :
10	3	сверху	зимѣненій	измѣненій
10	6	"	симптомовъ	симптомовъ
11	18	"	принадлежитъ	принадлежитъ
13	33	"	болѣзни	больного
15	13	"	артероматозъ	атероматозъ
29	13	снизу	Creosot	Kreosot
33	12	сверху	больного	его
58	10	"	дарогъ	дорогъ
58	10	снизу	впродолженіе	въ продолженіи
81	3	"	лѣченіе	излѣченіе
105	2	"	збо лѣванію	заболѣванію
128	1	"	поф.	проф.
133	1	сверху	послѣ „что“ пропущено „не“	„не“
133	9	снизу	1886	1896
134	1	"	пропущено „1867“	
136	1	"	прекраженіи	прекращеніи
140	16	"	невозможныя	неудобныя
141	3	сверху	послѣ „какъ“ пропущено „не“	„не“
150	10	снизу	инѣ	иные
163	7	"	тырехъ	четырехъ
165	2	"	Сонзо	Congo
171	10	сверху	Schweizer'a	Schwyer'a
172	2	снизу	1895	1896
173	18	"	Cämer	Crämer
180	7	сверху	послѣ „троихъ“ пропущено „нашихъ“	„нашихъ“
206	2	снизу	Darmkrankungen	Darmerkrankungen
214	9	"	мускульной	мускульномъ
225	12	сверху	расширеніе	расширеніе
228	4	снизу	Turgery	Surgerу
229	2	"	1695	1895
230	7	сверху	лсѣдуетъ	слѣдуетъ

Положенія.

1. Заболѣваніе Русскихъ круглой язвой желудка необыкновенно рѣдко.
2. Преобладанія одного пола надъ другимъ, въ смыслѣ большаго предрасположенія къ заболѣванію круглой язвой желудка, не существуетъ.
3. Злоупотребленіе спиртными напитками прямо не обусловливаетъ возникновенія круглой язвы желудка, а посредственно — вліяя на измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ.
4. Круглая язва желудка можетъ иногда дать поводъ къ судебномедицинскому изслѣдованію.
5. Клиническіе симптомы язвы желудка не всегда соотвѣтствуютъ размѣрамъ измѣненій въ стѣнкѣ желудка.
6. Своевременное хирургическое пособіе при круглой язве можетъ предупредить прободеніе стѣнки желудка.
7. Предоставленіе Губернскому Земству завѣдыванія всей земской медициной можетъ способствовать правильной ея организаціи и болѣе равномерному распредѣленію врачебной помощи населенію.
8. Въ интересахъ практической медицины желательно, чтобы, на ряду съ успѣшными случаями леченія, болѣе часто публиковались врачами случаи неудачъ и ошибокъ.

Тѣмъ-же авторомъ напечатано:

Alumen ustum, какъ суррогатъ хинина. Земская медицина
1886 г. №№ 1—2.

Случай психоза послѣ рож. Медицина 1895 г. № 6.

Сравнительное дѣйствіе Haemogallol'a и Ferratin'a. Меди-
цина 1895 г. № 16.

Случай сифилитического перитонита. Медицина 1895 г.
№№ 25—26.

Ein Fall von syphilitischer Peritonitis. Wiener Medicinische
Blätter 1895. №№ 40—41.

Lymphosacroma mesenterii. Медицина 1896 г. № 9.

Perar migrans. Медицина 1896 г. №№ 31—32.

Къ казуистикѣ злокачественныхъ новообразованій въ грудной
полости. Медицина 1896 г. № 40.
